

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

N. 2012 — 1064

[C – 2012/22033]

27 MAART 2012. — Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 8 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

ALBERT II, Koning der Belgen,
Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, artikel 35, § 1, gewijzigd bij de wetten van 20 december 1995, 22 februari 1998, 24 december 1999, 10 augustus 2001, 22 augustus 2002, 5 augustus 2003, 22 december 2003, 9 juli 2004, 27 april 2005, 27 december 2005 en § 2, gewijzigd bij de wet van 20 december 1995, bij het koninklijk besluit van 25 april 1997 bekrachtigd bij de wet van 12 december 1997, en bij de wet van 10 augustus 2001;

Gelet op de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;

Gelet op het voorstel van de Overeenkomstencommissie verpleegkundigen-verzekeringsinstellingen, gegeven op 27 april 2011;

Gelet op het advies van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle gegeven op 27 april 2011;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole, gegeven op 11 mei 2011;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, gegeven op 23 mei 2011;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 17 juni 2011;

Gelet op de akkoordbevinding van de Ministerraad van 14 oktober 2011;

Gelet op het voorafgaand onderzoek van de noodzaak om een effectbeoordeling waarbij werd besloten dat geen effectbeoordeling is vereist;

Gelet op het advies 50.528/2 van de Raad van State, gegeven op 21 november 2011, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1°, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Op de voordracht van Onze Minister van Sociale Zaken,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. In artikel 8 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, zoals tot op heden gewijzigd, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 24 november 2009, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° § 1, 1°, I, B, wordt aangevuld met volgende verstrekking :

« 424874 Wekelijkse voorbereiding van de geneesmiddelen per os W2,365 »;

2° § 1, 1°, VII, wordt aangevuld met volgende verstrekking :

« 424896 Verpleegkundig advies en overleg in functie van de wekelijkse voorbereiding van de geneesmiddelen per os met akkoord van de behandelend arts W5,203 »;

3° § 3, 5° wordt vervangen als volgt :

« 5° wanneer het verpleegdossier, vermeld in dit artikel, niet bestaat of indien de minimale inhoud, omschreven in § 4, 2° van dit artikel, niet vermeld is in dat dossier. »;

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

F. 2012 — 1064

[C – 2012/22033]

27 MARS 2012. — Arrêté royal modifiant l'article 8 de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

ALBERT II, Roi des Belges,
A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, l'article 35, § 1^{er}, modifié par les lois des 20 décembre 1995, 22 février 1998, 24 décembre 1999, 10 août 2001, 22 août 2002, 5 août 2003, 22 décembre 2003, 9 juillet 2004, 27 avril 2005, 27 décembre 2005 et § 2, modifié par la loi du 20 décembre 1995, par l'arrêté royal du 25 avril 1997 confirmé par la loi du 12 décembre 1997, et par la loi du 10 août 2001;

Vu l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités;

Vu la proposition de la Commission de conventions praticiens de l'art infirmier-organismes assureurs, donnée le 27 avril 2011;

Vu l'avis du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, donné le 27 avril 2011;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, donné le 11 mai 2011;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, donné le 23 mai 2011;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 17 juin 2011;

Vu l'accord du Conseil des Ministres, donné le 14 octobre 2011;

Vu l'examen préalable de la nécessité de réaliser une évaluation d'incidence, concluant qu'une évaluation d'incidence n'est pas requise;

Vu l'avis 50.528/2 du Conseil d'Etat, donné le 21 novembre 2011, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 1°, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. A l'article 8 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, tel qu'il a été modifié jusqu'à ce jour, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 24 novembre 2009 sont apportées les modifications suivantes :

1° Au § 1^{er}, 1°, la rubrique I, B est complétée par la prestation suivante :

« 424874 Préparation hebdomadaire de médicaments administrés par voie orale W2,365 »;

2° Au § 1^{er}, 1°, la rubrique VII est complétée par la prestation suivante :

« 424896 Avis infirmier et concertation en vue de la préparation hebdomadaire de médicaments administrés par voie orale, suivi d'un accord du médecin traitant W5,203 »;

3° Le § 3, 5° est remplacé par ce qui suit :

« 5° lorsque le dossier infirmier mentionné dans cet article n'existe pas ou si le contenu minimal décrit au § 4, 2° de cet article n'est pas mentionné dans ce dossier. »;

4° § 4, 2° wordt vervangen als volgt :

« 2° De minimale inhoud van het verpleegdossier omvat tenminste :

- de identificatiegegevens van de rechthebbende;

- de evaluatieschaal bedoeld in § 5, voor zover de nomenclatuur zulks vereist;

- de inhoud van het voorschrift als bedoeld in § 2 (kopie van het voorschrift of omschrijving als het om een geautomatiseerd dossier gaat), voor zover de nomenclatuur zulks vereist;

- de identificatiegegevens van de voorschrijver, voor zover de nomenclatuur zulks vereist;

- alle verpleegkundige zorgen die over elke verzorgingsdag verleend worden;

- de identificatie van de verpleegkundigen die deze verzorging hebben verleend;

- de vermelding inzake continentie bedoeld in § 6, 4°, voor zover de nomenclatuur zulks vereist.

Indien de aan de rechthebbende verleende verpleegkundige verzorging technische verstrekkingen, omschreven in rubriek I, B, van § 1, 1°, 2°, 3° en 4° van dit artikel, omvat, dan omvat de minimale inhoud van het verpleegdossier, naast de elementen in het eerste lid van deze bepaling ook :

- de planning van de verzorging;

- de evaluatie van de verzorging.

De relevante elementen van de planning en evaluatie van de verzorging vermeld in het vorige lid moeten minimaal om de twee maanden worden opgenomen in het verpleegdossier.

Indien de aan de rechthebbende verleende verpleegkundige verzorging complexe wondzorg, omschreven in § 8, 1° van dit artikel, omvat, of indien de verzorging wordt verleend in de context van de forfaitaire honoraria per verzorgingsdag voor zwaar zorgafhankelijke patiënten, omschreven in rubriek II van § 1, 1°, 2° en 3° van dit artikel, dan omvat de minimale inhoud van het verpleegdossier, naast de elementen in de eerste twee leden van deze bepaling ook :

- het specifiek wondzorgdossier bedoeld in § 8, 5°, voor zover de nomenclatuur zulks vereist.

Voor de in het vierde lid bedoelde gevallen, moeten in afwijking van het derde lid, de relevante elementen van de planning en evaluatie van de verzorging vermeld in het tweede lid minimaal om de twee weken worden opgenomen in het verpleegdossier.

Indien de verpleegkundige verzorging verleend aan de rechthebbende specifieke technische verpleegkundige verstrekkingen, omschreven in rubriek III van § 1, 1°, 2° en 3° van dit artikel, of specifieke wondzorg, omschreven in § 8, 1° van dit artikel, of andere verstrekkingen, omschreven in § 1, 1° V, VI en VII en § 1, 2°, V en VI, omvat, of indien de verzorging wordt verleend in de context van de forfaitaire honoraria per verzorgingsdag voor palliatieve patiënten, omschreven in rubriek IV van § 1, 1° en 2° van dit artikel, dan omvat de minimale inhoud van het verpleegdossier, naast de elementen in de eerste twee leden van deze bepaling ook :

- de specifieke elementen voor deze verstrekkingen die bepaald zijn in dit artikel.

Voor de in het zesde lid bedoelde gevallen en met uitzondering van de verstrekkingen in § 1, 1°, VI en VII en § 1, 2°, VI, moeten in afwijking van het derde lid, de relevante elementen van de planning en evaluatie van de verzorging vermeld in het tweede lid minimaal wekelijks worden opgenomen in het verpleegdossier.

Voor deze paragraaf is een week een periode van maandag 0 uur tot zondag 24 uur.

4° Le § 4, 2° est remplacé par ce qui suit :

« 2° Le contenu minimal du dossier infirmier comporte au moins :

- les données d'identification du bénéficiaire;

- l'échelle d'évaluation telle que prévue au § 5 chaque fois que la nomenclature l'exige;

- le contenu de la prescription telle que prévue au § 2 (copie ou transcription de la prescription en cas de dossier automatisé) chaque fois que la nomenclature l'exige;

- les données d'identification du prescripteur chaque fois que la nomenclature l'exige;

- l'identification des soins infirmiers effectués au cours de chaque journée de soins;

- l'identification des praticiens de l'art infirmier qui ont dispensés ces soins;

- la mention relative à la continence visée au § 6, 4°, chaque fois que la nomenclature l'exige.

Lorsque les soins infirmiers dispensés au bénéficiaire comportent des prestations techniques, décrites à la rubrique I, B du § 1^{er}, 1°, 2°, 3° et 4° de cet article, le contenu minimal du dossier infirmier comporte alors, en plus des éléments du premier alinéa de cette disposition, également :

- la planification des soins;

- l'évaluation des soins;

Les éléments relatifs concernant la planification et l'évaluation des soins mentionnés dans l'alinéa précédent doivent être mentionnés au moins tous les deux mois dans le dossier infirmier.

Lorsque les soins infirmiers dispensés au bénéficiaire comportent des soins de plaie(s) complexes, décrits au § 8, 1° de cet article, ou lorsque les soins sont dispensés dans le cadre des honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants, décrits à la rubrique II du § 1^{er}, 1°, 2° et 3° de cet article, le contenu minimal du dossier infirmier comporte alors, en plus des éléments des deux premiers alinéas de cette disposition, également :

- le dossier soins de plaie(s) spécifiques visé au § 8, 5°, chaque fois que la nomenclature l'exige.

Dans les hypothèses visées à l'alinéa 4, par dérogation à l'alinéa 3, les éléments relatifs concernant la planification et l'évaluation des soins mentionnés dans le deuxième alinéa doivent être mentionnés au moins toutes les deux semaines dans le dossier infirmier.

Lorsque les soins infirmiers dispensés au bénéficiaire comportent des prestations spécifiques techniques de soins infirmiers, décrites à la rubrique III du § 1^{er}, 1°, 2° et 3° de cet article, ou des soins de plaie(s) spécifiques, décrits au § 8, 1° de cet article ou d'autres prestations décrites au § 1^{er}, 1°, V, VI et VII et au § 1^{er}, 2°, V et VI, ou lorsque les soins sont dispensés dans le cadre des honoraires forfaitaires par journée de soins pour les patients palliatifs, décrits à la rubrique IV du § 1^{er}, 1° et 2° de cet article, le contenu minimal du dossier infirmier comporte alors, en plus des éléments des deux premiers alinéas de cette disposition, également :

- les éléments spécifiques pour ces prestations fixés dans cet article.

Dans les hypothèses visées à l'alinéa 6, par dérogation à l'alinéa 3 et à l'exception des prestations du § 1^{er}, 1°, VI et VII, et du § 1^{er}, 2°, VI, les éléments relatifs concernant la planification et l'évaluation des soins mentionnés dans le deuxième alinéa doivent être mentionnés au moins chaque semaine dans le dossier infirmier.

Pour ce paragraphe, la semaine s'entend du lundi 0 heure au dimanche 24 heures.

De planning en evaluatie van de verzorging dient inhoudelijk te beantwoorden aan een richtlijn die op voorstel van de Overeenkomstencommissie verpleegkundigen-verzekeringsinstellingen door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging wordt vastgelegd.

De opmaak van het verpleegdossier is niet gebonden aan vormvereisten (mag eventueel een geautomatiseerd bestand zijn).

Onverminderd de bewaringstermijnen die door andere wetgevingen zijn opgelegd, moet het verpleegdossier gedurende ten minste vijf jaar worden bewaard.

Indien het verpleegdossier van eenzelfde rechthebbende door verschillende verpleegkundigen samen wordt bijgehouden, is elke verpleegkundige verantwoordelijk voor het bijhouden van de elementen uit het dossier die verband houden met de door hem verleende verzorging. »;

5° In § 4, 6° wordt het laatste lid vervangen als volgt :

« Met de verstrekkingen 424395, 424690, 424852 en 424874 wordt geen rekening gehouden bij het bepalen van de waarden in het vorige lid. »;

6° § 4bis wordt vervangen als volgt :

« § 4bis Nadere bepalingen inzake de verstrekkingen in rubriek VII van § 1, 1° :

De verstrekking 429015 omvat de bepaling van de verpleegkundige gezondheidsproblemen van de patiënt en het formuleren van de zorgdoelen in overleg met de patiënt of zijn onmiddellijke omgeving. De verpleegkundige gezondheidsproblemen en de zorgdoelen worden opgenomen in een verslag dat bij het verpleegdossier wordt gevoegd.

Op vraag van de behandelende geneesheer bezorgt de verpleegkundige hem een kopie van het verslag van dit verpleegkundig consult.

De verstrekking 424896 kan enkel geattesteerd worden voor de verzorging van personen die een inadequate therapietrouw vertonen vanwege dementie, vanwege een niet gecorrigeerd visueel gebrek, vanwege tijdelijke of definitieve motorische gebreken van een of beide bovenste ledematen of van personen die een complexe medicatie moeten innemen. De complexe medicatie omvat de inname van minimum 5 verschillende moleculen per dag verdeeld over minimum 3 innames per dag. Voor de bepaling van de minima in de vorige zin wordt rekening gehouden met de geneesmiddelen die de patiënt neemt zoals beschreven in artikel 1 van de wet op de geneesmiddelen van 25 maart 1964 en die integreerbaar zijn in een medicatiedoos, pillendoos of een equivalent recipiënt voor een week.

De verstrekking 424896 omvat de intellectuele acte voor de wekelijkse voorbereiding van geneesmiddelen per os.

Die acte omvat het opstellen van een verpleegkundige diagnostiek en het overleg met de behandelend arts. Die acte wordt afgerond met het opstellen van een document dat de noodzaak voor de verpleegkundige tenlasteneming van de wekelijkse voorbereiding van de geneesmiddelen per os motiveert en het bezorgen van dit document voor akkoord aan de behandelend arts. Het model van dat document wordt door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging vastgelegd op voorstel van de Overeenkomstencommissie verpleegkundigen-verzekeringsinstellingen.

Indien de arts, door de ondertekening van het document, akkoord gaat met de verpleegkundige tenlasteneming van de voorbereiding van de geneesmiddelen per os, kan de verstrekking 424896 worden geattesteerd. Het ondertekend document wordt in het verpleegdossier opgenomen.

De verstrekking 429015 kan geattesteerd worden door een verpleegkundige voor iedere patiënt bij wie op zijn minst tweemaal per week hygiënische verzorging wordt verleend en voor zover de hygiënische verzorging wordt verleend gedurende een ononderbroken periode van 28 dagen, die start op de dag van de eerste hygiënische verzorging. Deze verstrekking kan slechts geattesteerd worden vanaf het bereiken van deze 28 dagen.

La planification et l'évaluation des soins doivent répondre, au niveau de leur contenu, à une directive fixée par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition de la Commission de conventions praticiens de l'art infirmier - organismes assureurs.

La tenue du dossier n'est pas liée à des conditions de forme (le dossier automatisé est autorisé).

Sans préjudice des délais de conservation imposés par d'autres législations, le dossier infirmier doit être conservé pendant une période d'au moins cinq ans.

Le dossier infirmier d'un bénéficiaire peut être tenu à jour conjointement par plusieurs praticiens de l'art infirmier, mais chacun d'eux demeure responsable de la tenue à jour des éléments du dossier relatifs aux soins qu'il a dispensés. »;

5° Au § 4, 6°, le dernier alinéa est remplacé par ce qui suit :

« Pour la détermination des valeurs dans l'alinéa précédent, on ne tient pas compte des prestations 424395, 424690, 424852 et 424874. »;

6° Le § 4bis est remplacé par ce qui suit :

« § 4bis Précisions relatives aux prestations sous la rubrique VII du § 1^{er}, 1° :

La prestation 429015 comprend la détermination des problèmes infirmiers de santé du patient et la formulation des objectifs de soins en concertation avec le patient et/ou son entourage. Les problèmes infirmiers de santé et les objectifs de soins sont consignés dans un rapport qui est joint au dossier infirmier

Sur demande du médecin traitant, le praticien de l'art infirmier lui transmet une copie du rapport de cette consultation infirmière.

La prestation 424896 peut uniquement être attestée pour les soins de personnes dont l'inadéquation de l'observance thérapeutique est liée à de la démence, présentant une déficience visuelle non corrigée, des troubles moteurs momentanés ou définitifs d'un ou des deux membres supérieurs, ou de personnes contraintes à prendre une médication complexe. Une médication complexe est constituée d'au minimum 5 molécules différentes par jour à répartir en 3 prises journalières au minimum. Pour la détermination des minima dans la phrase précédente, est considérée la médication telle que décrite à l'article 1^{er} de la loi sur les médicaments du 25 mars 1964 prise par le patient et qui est intégrable dans une boîte à médicaments, un pilulier ou un récipient équivalent, pour une semaine.

La prestation 424896 comprend l'acte intellectuel pour la préparation hebdomadaire de médicaments administrés par voie orale.

Cet acte englobe l'élaboration d'un diagnostic infirmier et la concertation avec le médecin traitant. Cet acte est clôturé par l'établissement d'un document motivant la nécessité pour le praticien de l'art infirmier de prendre en charge la préparation hebdomadaire de médicaments administrés par voie orale et par l'envoi de ce document au médecin traitant pour accord. Le modèle de ce document est fixé par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition de la Commission de conventions praticiens de l'art infirmier - organismes assureurs.

Si le médecin, par l'apposition de sa signature sur le document, marque son accord avec la prise en charge infirmière pour la préparation de médicaments administrés par voie orale, la prestation 424896 peut être attestée. Ce document signé doit être conservé dans le dossier infirmier.

La prestation 429015 peut être attestée par un praticien de l'art infirmier pour tout patient à qui des soins d'hygiène sont dispensés au minimum deux fois par semaine et pour autant que ces soins d'hygiène aient été dispensés pendant une période ininterrompue de 28 jours, qui prend cours le premier jour de la dispensation de ces soins d'hygiène. Cette prestation ne peut donc être attestée qu'au terme de ces 28 jours.

De verstrekking 429015 kan geattesteerd worden door een verpleegkundige voor iedere palliatieve patiënt bij wie op zijn minst tweemaal per week hygiënische verzorging wordt verleend. In dit geval, kan deze verstrekking geattesteerd worden vanaf de dag van de eerste hygiënische verzorging.

De verstrekking 424896 kan niet geattesteerd worden bij patiënten waarbij de verstrekkingen van § 1, 1^o, II en IV geattesteerd worden.

De verstrekkingen 429015 en 424896 kunnen slechts maximum eenmaal per patiënt en per kalenderjaar geattesteerd worden.

De verstrekkingen 429015 en 424896 kunnen gedurende eenzelfde zitting met alle verstrekkingen van artikel 8 worden gecumuleerd, behoudens de uitzonderingen vermeld in deze paragraaf.

Het verslag voor de verstrekking 429015 moet beantwoorden aan een richtlijn die op voorstel van de Overeenkomstencommissie verpleegkundigen — verzekeringsinstellingen door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging wordt vastgelegd. »;

7^o In § 5bis, 5^o, c) worden de woorden « verpleegkundig dossier » vervangen door het woord « verpleegdossier »;

8^o In § 7, 3^o wordt het derde lid vervangen als volgt :

« Een kopie van het oorspronkelijke geneeskundig getuigschrift of een nieuw geneeskundig getuigschrift, door de behandelend geneesheer opgesteld en waarin de desoriëntatie in tijd en ruimte als bedoeld in § 6, 4^o, wordt vastgesteld, moet bij het indienen van het nieuwe formulier worden bijgevoegd, behalve wanneer de kennisgeving gebeurt via een elektronisch netwerk zoals bepaald in artikel 159bis, § 1, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994. Deze kopie van het oorspronkelijke geneeskundig getuigschrift of dit nieuw geneeskundig getuigschrift wordt dan niet gestuurd aan de adviserend geneesheer maar wordt bewaard in het verpleegdossier »;

9^o In § 8, 7^o, laatste lid worden de woorden « verpleegkundig dossier » vervangen door het woord « verpleegdossier »;

10^o Een § 8ter wordt ingevoegd, luidende als volgt :

« § 8ter Nadere bepalingen inzake de verstrekking wekelijkse voorbereiding van de geneesmiddelen per os :

De verstrekking 424874 kan slechts geattesteerd worden nadat de verstrekking 424896 werd geattesteerd.

De verstrekking 424874 omvat het klaarzetten, gesorteerd per dag, in een medicatiedoos, pillendoos of een equivalent recipiënt van alle geneesmiddelen die de patiënt gedurende een week oraal inneemt. Ze kan per patiënt slechts een keer per week geattesteerd worden. Ze kan niet geattesteerd worden in de week waarin een verstrekking van § 1, 1^o, II en IV wordt geattesteerd. De week strekt zich uit van maandag 0 uur tot zondag 24 uur. »;

11^o In § 9 worden het tweede lid, het derde lid en het vierde lid vervangen als volgt :

« Voor deze verstrekkingen meldt de verpleegkundige aan de adviserend geneesheer de volgende elementen :

a) het RIZIV-nummer van de verpleegkundige die de kennisgeving doet;

b) het RIZIV-nummer van de voorschrijver;

c) het inschrijvingsnummer sociale zekerheid (INSZ) van de recht-hebbende;

d) het type verstrekking;

e) de begindatum en de einddatum van de periode.

Als type verstrekking wordt bedoeld hetzij plaatsen en/of toezicht op (intraveineuze of subcutane) perfusie, hetzij toediening van en/of toezicht op parenterale voeding of hetzij toediening medicatie voor chronische analgesie via epidurale of intrathecale katheter.

Het verzorgingsplan, opgesteld door de verpleegkundige, wordt ter beschikking gehouden van de adviserend geneesheer in het verpleegdossier. Hij bezorgt dit aan de adviserend geneesheer wanneer deze hierom verzoekt.

De bepalingen van § 7 zijn van toepassing behoudens het gebruik van het formulier bedoeld in § 7, 2^o. »;

La prestation 429015 peut être attestée par un praticien de l'art infirmier pour tout patient palliatif à qui des soins d'hygiène sont dispensés au minimum deux fois par semaine. Dans ce cas, cette prestation peut être attestée à compter du premier jour de la dispensation de ces soins d'hygiène.

La prestation 424896 ne peut pas être attestée chez des patients pour lesquels des prestations du § 1^{er}, 1^o, II et IV sont attestées.

Les prestations 429015 et 424896 ne peuvent être attestées au maximum qu'une fois par patient et par année civile.

Les prestations 429015 et 424896 peuvent être cumulées avec toutes les prestations de l'article 8 au cours de la même séance, sauf les exceptions mentionnées dans ce paragraphe.

Le rapport de la prestation 429015 doit satisfaire à une directive fixée par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition de la Commission de conventions praticiens de l'art infirmier – organismes assureurs. »;

7^o Au § 5bis, 5^o, c), le texte en néerlandais est modifié pour remplacer les termes « verpleegkundig dossier » par le terme « verpleegdossier »;

8^o Au § 7, 3^o, le 3^e alinéa est remplacé par ce qui suit :

« Une copie du certificat médical original, ou un nouveau certificat, établi par le médecin traitant constatant la désorientation dans le temps et l'espace, dont question au § 6, 4^o, doit être joint lors de l'introduction du nouveau formulaire sauf lorsque la notification est réalisée via le réseau électronique visé par l'article 159bis, § 1^{er}, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. La copie de ce certificat médical original ou de ce nouveau certificat n'est alors pas transmise au médecin-conseil mais est conservée dans le dossier infirmier. »;

9^o Au § 8, 7^o, dernier alinéa, le texte en néerlandais est modifié pour remplacer les termes « verpleegkundig dossier » par le terme « verpleegdossier »;

10^o Un § 8ter libellé comme suit est ajouté :

« § 8ter Précisions relatives à la prestation Préparation hebdomadaire de médicaments administrés par voie orale :

La prestation 424874 ne peut être attestée qu'après que la prestation 424896 ait été attestée.

La prestation 424874 comporte la préparation dans une boîte à médicaments, un pilulier ou un récipient équivalent, de tous les médicaments, répartis par jour, que le patient doit prendre pendant une semaine par voie orale. Elle ne peut être attestée qu'une fois par semaine et par patient. Elle ne peut pas être attestée durant une semaine où une prestation du § 1^{er}, 1^o, II et IV est attestée. La semaine s'entend du lundi 0 heure au dimanche 24 heures. »;

11^o Au § 9, les alinéas 2, 3 et 4 sont remplacés par ce qui suit :

« Pour ces prestations, le praticien de l'art infirmier notifie au médecin-conseil les éléments suivants :

a) le numéro INAMI du praticien de l'art infirmier qui établit la notification;

b) le numéro INAMI du prescripteur;

c) le numéro d'inscription de sécurité sociale (NISS) du bénéficiaire;

d) le type de prestation;

e) la date de début et la date de fin de la période.

Le type de prestation désigne soit la mise en place et/ou surveillance des perfusions (intraveineuses ou sous-cutanées), soit l'administration et/ou surveillance de l'alimentation parentérale, soit l'administration d'une dose d'entretien médicamenteuse via un cathéter épidural ou intrathécal pour analgésie de longue durée.

Le plan de soin, établi par le praticien de l'art infirmier, est conservé à disposition du médecin-conseil dans le dossier infirmier. Il le fournit au médecin-conseil à sa demande.

Les dispositions du § 7 sont applicables à l'exception de l'emploi du formulaire repris dans le § 7, 2^o. »;

12° In § 9 wordt tussen het zevende lid en het achtste lid een lid ingevoegd, luidende :

« Tijdens eenzelfde verzorgingszitting kunnen de verstrekkings 425375, 425773 en 426171 enkel gecumuleerd worden met de verstrekkingen 423113, 423312 en 423415 wanneer de injectieplaats voor beide verstrekkingen verschillend is en wanneer deze verschillende injectieplaatsen vermeld worden in het verpleegdossier. »

Art. 2. Dit besluit treedt in werking op de eerste dag van de tweede maand na die waarin het is bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad*.

Art. 3. De Minister bevoegd voor Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 27 maart 2012.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
belast met Beliris en Federale Culturele Instellingen,
Mevr. L. ONKELINX

12° Au § 9, entre le septième et le huitième alinéa, un alinéa libellé comme suit est inséré :

« Lors d'une même séance de soins, les prestations 425375, 425773 et 426171 ne peuvent être cumulées avec les prestations 423113, 423312 et 423415 que lorsque les sites d'injection sont différents pour chacune des prestations et que ces différents sites sont mentionnés dans le dossier infirmier. »

Art. 2. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui au cours duquel il aura été publié au *Moniteur belge*.

Art. 3. Le Ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 27 mars 2012.

ALBERT

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales,
Mme L. ONKELINX

FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID

N. 2012 — 1065

[C — 2012/22060]

23 MEI 2011. — Verordening tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Het Verzekeringscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering,

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, artikel 22, 11°;

Gelet op de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkings inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, artikel 8, § 4bis, gewijzigd bij koninklijk besluit van 27 maart 2012;

Gelet op de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, artikel 6, § 1, 1° en 2°;

Gelet op het voorstel van de Overeenkomstencommissie verpleegkundigen-verzekeringsinstellingen, gegeven op 27 april 2011;

Na daarover te hebben beraadslaagd in haar vergadering van 23 mei 2011,

Besluit :

Artikel 1. Artikel 6, § 1, 1° en 2°, van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 worden aangevuld met een lid, luidende :

« Het formulier met de noodzaak voor de tenlasteneming van de wekelijkse voorbereiding van de geneesmiddelen per os door de verpleegkundige, waarin is voorzien in artikel 8, § 4bis, van de nomenclatuur moet conform het model vervat in de bijlage 81, zijn. »

Art. 2. In dezelfde verordening wordt de hierbij gevoegde bijlage 81 toegevoegd.

Art. 3. Deze verordening treedt in werking op de eerste dag van de tweede maand na die waarin het is bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad*.

Brussel, 23 mei 2011.

De leidend ambtenaar,

H. DE RIDDER.

De Voorzitter,

G. PERL.

SERVICE PUBLIC FEDERAL SECURITE SOCIALE

F. 2012 — 1065

[C — 2012/22060]

23 MAI 2011. — Règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Le Comité de l'assurance du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité,

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, article 22, 11°;

Vu l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, article 8, § 4bis, modifié par l'arrêté royal du 27 mars 2012;

Vu le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, article 6, § 1^{er}, 1° et 2°;

Vu la proposition de la Commission de conventions praticiens de l'art infirmier-organismes assureurs, donnée le 27 avril 2011;

Après en avoir délibéré au cours de sa réunion du 23 mai 2011,

Arrête :

Article 1^{er}. L'article 6, § 1^{er}, 1° et 2°, du règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 est complété par un alinéa libellé comme suit :

«Le formulaire mentionnant la nécessité de prise en charge infirmière pour la préparation hebdomadaire de médicaments administrés par voie orale tel que prévu à l'article 8, § 4bis, de la nomenclature doit être conforme au modèle repris à l'annexe 81. »

Art. 2. L'annexe 81 jointe au présent règlement est ajoutée au même règlement.

Art. 3. Le présent règlement entre en vigueur le le premier jour du deuxième mois qui suit celui au cours duquel il aura été publié au *Moniteur belge*.

Bruxelles, le 23 mai 2011.

Le fonctionnaire dirigeant,

H. DE RIDDER.

Le Président,

G. PERL.