

Soins de Santé

Circulaire OA n° 2021/81 du 5 mars 2021	1740/254 191/23	1741/490 3033/20	1743/70
En vigueur à partir du 3 mars 2021			

Convention pour les projets de soutien aux personnes âgées ayant des besoins complexes de soins et d'aide (Protocole 3) : adaptation

La convention conclue entre le Comité de l'Assurance soins de santé de l'INAMI et les projets de soutien aux personnes âgées ayant des besoins complexes de soins et d'aide entrée en vigueur le 1^{er} avril 2019, et qui devait se terminer le 30 juin 2021, a été modifiée.

Plutôt que de conclure un avenant à la convention actuelle, le choix s'est porté sur le remplacement, à partir du 1^{er} mars 2021, de la convention actuelle (y compris ses avenants) par une nouvelle convention, qui expire le 31 décembre 2022. Le texte de cette nouvelle convention est repris en *annexe*.

Les projets qui ne souhaitent pas conclure la nouvelle convention pourront appliquer l'ancienne convention jusqu'à son échéance, le 30 juin 2021. Le cas échéant, la liste de ces projets sera communiquée dans une circulaire ultérieure.

Sur quoi portent les modifications par rapport à la convention actuelle ?

Les modifications essentielles apportées via la nouvelle convention sont les suivantes :

1. Adaptation des critères d'inclusion pour les prestations d'ergothérapie et le suivi psychologique (article 1 de la convention);
2. Suppression du case management de haute intensité (art.1);
3. Extension à tous les projets des prestations « session de groupe » pour l'ergothérapie et le suivi psychologique (art. 3);
4. La période de prise en charge passe de 6 mois à 3 ans (art. 9);
5. Un total de 122 UF (UF - série 1) sera disponible pour les 3 prestations de base ensemble; une 2^{ème} série de 61 UF pourra être accordée à max 30 % des bénéficiaires (art. 10);
6. Une deuxième période de prise en charge permet de réaliser 10 unités de facturation complémentaires au bénéfice de l'aidant proche/du partenaire "restant", pendant les 30 jours qui suivent l'entrée en maison de repos du bénéficiaire, ou qui suivent le décès de ce bénéficiaire (art. 9 et 10);
7. Financement des frais de fonctionnement via une 'prestation' à part (« forfait de fonctionnement »), d'un montant de 100€, qui peut être portée compte pour chaque prestation de base réalisée et facturable, en tenant compte du plafond fixé pour chaque projet (art. 20 à 22);

8. Pendant l'hospitalisation du bénéficiaire : extension avec une séance supplémentaire de case management (portant donc leur nombre à 2) et, pour les bénéficiaires déjà suivis, une séance d'ergothérapie et une séance de suivi psychologique seront autorisées (art.26);
9. Simplification des règles de cumul (art. 26);
10. Modification de certains montants d'intervention (voir tableau ci-dessous).

Pseudocodes à utiliser pour la facturation des prestations + montants du 01/03/2021 au 31/12/2021

- a) De nouveaux pseudocodes sont créés pour les prestations suivantes :
- Forfait de fonctionnement
 - Séance de clôture pour les 3 prestations de base (case management, ergothérapie et suivi psychologique) suite à l'institutionnalisation (en maison de repos) ou au décès du bénéficiaire
 - Séance (unique) d'ergothérapie ou de suivi psychologique pendant l'hospitalisation du bénéficiaire
- b) Les montants correspondant à certains pseudocodes ont été modifiés :
- Module initial
 - Case management
 - Sessions de groupe en ergothérapie et en suivi psychologique

Dans le tableau ci-dessous, les nouveaux pseudocodes ainsi que les pseudocodes dont les montants ont été adaptés sont surlignés en jaune.

Prestation	Pseudocode					Montant (euros)
Module initial	794474					127,28
Forfait de fonctionnement	794975					100,00
	Séance (amb)	Séance (hosp)	Session de groupe	Support	Séance/support de clôture	
Case management – médecin généraliste	794496	794500	-	794511	795115	25,15
Case management – infirmier	794533	794544	-	794555	795130	25,15
Case management – assistant social	794570	794581	-	794592	795152	25,15
Suivi ergothérapeutique	794732	794743	-	794754	795174	21,73
Suivi ergothérapeutique	-	-	794813	-	-	18,90
Suivi psychologique	794776	794780	-	794791	795196	26,68
Suivi psychologique	-	-	794835	-	-	23,19
Visite de contrôle de nuit	794850	-	-	-	-	16,84
Education aux soins	794872	-	-	-	-	23,99
Aidants proches	-	-	794894	-	-	3,13

- c) Lorsque les pseudocodes suivants sont portés en compte, un « forfait de fonctionnement » (794975) peut être porté en compte en parallèle (jusqu'au plafond prévu pour le projet – le contrôle sur ce point peut se dérouler a posteriori):

	Séance (amb)	Séance (hosp)	Session de groupe	Support	Séance/support de clôture
Case management – médecin généraliste	794496	794500	-	794511	795115
Case management – infirmier	794533	794544	-	794555	795130
Case management – assistant social	794570	794581	-	794592	795152
Suivi ergothérapeutique	794732	794743	794813	794754	795174
Suivi psychologique	794776	794780	794835	794791	795196

- d) Les projets ayant adhéré à la nouvelle convention, ne peuvent plus utiliser les pseudocodes pour le case management de haute intensité pour les prestations réalisées à partir du 01.03.2021 :

Case management haute intensité – médecin généraliste	794614	794625	-	794636
Case management haute intensité – infirmier	794651	794662	-	794673
Case management haute intensité – assistant social	794695	794706	-	794710

La liste de ces projets sera communiquée dans une circulaire ultérieure, ainsi que la liste des projets qui ne souhaitent pas conclure cette nouvelle convention.

Mesures transitoires pour les patients ayant déjà bénéficié de prestations dans le cadre de la convention Protocole 3 d'application depuis le 01.04.2019

- a) Les patients ayant initié 1 seule période de prise en charge, pour une ou plusieurs prestations de base, peuvent bénéficier :
- d'une première série de 122 UF, dont sont déduites les unités de facturation déjà utilisées au cours de la précédente convention,
 - d'une seconde série de 61 UF, moyennant le respect des conditions relatives à la seconde série.

Pour ces patients, la période de dispensation des prestations est de 3 ans à partir de la première prestation déjà facturée.

- b) Les patients ayant initié une seconde période de prise en charge, pour une ou plusieurs prestations de base, peuvent bénéficier d'une seule série, de 122 UF, dont sont déduites les unités de facturation déjà utilisées au cours de la précédente convention.
Pour ces patients, la période de dispensation des prestations est de 3 ans à partir de la première prestation facturable.

- c) Le nombre de sessions de groupe déjà suivi par le bénéficiaire sera également déduit des 122 UF restantes, en tenant compte de la règle de calcul valable dans l'ancienne convention (7,5 UF 'session de groupe' = 1UF)

Prestations alternatives

Etant donné l'extension des prestations de session de groupe ergothérapie et session de groupe suivi psychologique à tous les projets, la liste des prestations alternatives (voir circulaire OA 2019/201) a été adaptée :

Prestation alternative	Pseudocode	Projets (n°NAMI)	Nouvelle convention : adaptations
Dérogation à l'âge (en cas de démence)	N/A	75910022	Pas de modification
Dérogation à l'âge (en cas de maladie dégénérative chronique ou lourdement invalidante)	N/A	75910319	
		75910517	
		75910616	
		75911111	
Visite de contrôle de nuit	794850	75940112	
		75903092	Pas de modification de la période de dispensation des prestations (illimitée) ni du nombre maximum par bénéficiaire
		75910319	
		75910517	
		75910616	
75910715			
Education aux soins pour le bénéficiaire	794872	75911111	Période de dispensation des prestations : 3 ans Série 1 : 32 UF
		75903686	
		75910715	
Sessions de groupe aidants proches dans le domaine de la démence	794894	75910814	Période de dispensation des prestations : 3 ans Série 1 : 80 UF
		75903884	
		75910022	
		75940112	

Le Fonctionnaire Dirigeant,

B. Van Damme
Directeur général des soins de santé

Annexes :
[convention](#)

Les parties qui ne concernent que les prestations alternatives (et donc pas tous les projets) sont grisées. Certains avenants n'ayant été conclus que dans une seule langue, la version NL de la convention est également ajoutée.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITÉ

Etablissement Public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE GALILEE 5/01 – 1210 BRUXELLES

Service des soins de santé

CONVENTION

**ENTRE LE COMITE DE L'ASSURANCE SOINS DE SANTE
DE L'INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
ET « ... »,
POUR LE PROJET DE SOUTIEN AUX PERSONNES
AYANT DES BESOINS COMPLEXES DE SOINS ET D'AIDE
« ... », à « ... »**

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment les articles 22, 6°, 23, § 3 ;

Sur proposition des Commissions de conventions infirmiers – organismes assureurs et MRS/MRPA – organismes assureurs,

il est convenu ce qui suit entre,

d'une part, le Comité de l'assurance soins de santé institué auprès du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité,

et d'autre part, le/la « ... », pour le projet de soutien aux personnes ayant des besoins complexes de soins et d'aide « ... », via l'intervention dans leur milieu de vie (domicile) et la psychoéducation, à « ... ».

1. PRÉAMBULE

La présente convention détermine les modalités d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût de prestations de soutien aux personnes ayant des besoins complexes de soins. L'intervention de l'assurance est accordée pour des prestations qui sont dispensées à des personnes, nommées bénéficiaires de la convention, ayant perdu leur autonomie, en raison d'affections chroniques nécessitant des soins complexes qui ne sont remboursés d'aucune autre manière par l'assurance obligatoire soins de santé, et qui sont nécessaires notamment pour augmenter la qualité de vie de la personne, pour permettre la dispensation en temps opportun de soins adéquats et de bonne qualité, en utilisant au mieux les ressources disponibles, et pour postposer ou éviter, autant que possible, la nécessité d'héberger la personne dans une maison de repos pour personnes âgées ou une maison de repos et de soins.

Cette convention est uniquement conclue avec les institutions / services ayant adhéré à la convention de soutien aux personnes ayant des besoins complexes de soins et d'aide avec le Comité de l'assurance, à laquelle il sera mis fin le 28 février 2021.

Les prestations prévues par cette convention font partie du programme global de soins dispensé au bénéficiaire et à son aidant¹ par l'ensemble du réseau de soins constitué autour d'eux.

Dans la présente convention, le terme « *soin* » désigne tout type de soins, d'aides et de services qui s'adressent aux personnes âgées en perte d'autonomie, sauf en cas de limitation explicite aux soins médicaux . Le terme "Équipe de soins" est défini comme tout prestataire individuel d'aide et de soins participant activement aux soins et à l'aide d'un bénéficiaire.

2. Table des matières

TABLE DES MATIÈRES

1. PRÉAMBULE	1
2. Table des matières	2
3. BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS	3
4. OBJECTIFS DES PRESTATIONS	4
5. NATURE DES PRESTATIONS	4
5.1. Définition des prestations	4
5.2. Dispensation des prestations	7
5.2.1. Dispositions générales – période de dispensation des prestations	7
5.2.2. Nombres de prestations remboursables	8
5.2.3. Dispositions relatives à la « coordination de soins » et au « case manager »	10
5.2.4. Dispositions relatives au « suivi ergothérapeutique »	11
5.2.5. Dispositions relatives au « suivi psychologique »	12
6. FONCTIONS FINANCÉES PAR LA CONVENTION	12
7. INTERVENTION DE L'ASSURANCE DANS LE COÛT DES PRESTATIONS	13
7.1. Principes	13
7.2. Montants d'intervention de l'assurance	14
7.3. Nombres maximums de prestations remboursables	15
7.4. Modalités de facturation des prestations	16
7.5. Règles de cumul	16
8. GESTION DES DONNÉES ET PROCÉDURE D'ÉVALUATION	17
8.1. Dossier patient individuel	17
8.2. Informations relatives à l'application de la convention	17
8.2.1. Informations destinées aux bénéficiaires	17
8.2.2. Informations destinées à l'INAMI et aux organismes assureurs	18
8.3. Procédure d'évaluation	19
8.4. Evaluation et monitoring	19
9. DISPOSITIONS ADMINISTRATIVES GÉNÉRALES	19
10. DISPOSITIONS TRANSITOIRES	20
11. VALIDITÉ DE LA CONVENTION	21

¹ On entend par « aidant », l'« aidant proche » ou l'« aidant informel » du bénéficiaire.

3. BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS

Article 1) Tout bénéficiaire au sens de la présente convention est un bénéficiaire de l'assurance soins de santé qui remplit les conditions² suivantes, à la date de début de la période de réalisation des prestations :

1. Il/Elle a au moins atteint l'âge de 60 ans.

Une dérogation à l'âge est accordée pour les bénéficiaire qui souffrent d'une affection chronique et dégénérative telle que SEP, maladie de parkinson, AVC, démence, maladie d'Alzheimer, ... ou d'une autre affection lourdement invalidante et qui peut avoir comme conséquence un placement précoce en cadre résidentiel. Le nombre de bénéficiaires qui appartient à ce groupe-cible, est limité à 15% du nombre total des bénéficiaires inclus.

2. Il remplit les conditions spécifiques suivantes, selon le type de prestations :

2.1. *Case management.* Les trois conditions suivantes sont remplies :

- 2.1.1. Il obtient un score AIVQ ≥ 3 .
- 2.1.2. L'organisation des soins destinés au bénéficiaire est peu efficiente, parce que le bénéficiaire et son aidant ne sont pas en mesure de se représenter eux-mêmes de manière optimale (en raison d'une perte d'autonomie décisionnelle, de la complexité des soins requis, ou de difficultés au sein du réseau de soins) et parce que la fonction de coordination de soins et d'aide (article 11)) n'est temporairement pas remplie.
- 2.1.3. Le bénéficiaire présente une maladie neurodégénérative et/ou des limitations des aptitudes globales caractérisées par un score AVQ ≥ 3 et/ou un score CPS ≥ 3 .

2.2. *Suivi ergothérapeutique.* Le bénéficiaire remplit les deux conditions suivantes :

- 2.2.1. Il obtient un score AIVQ ≥ 3 et/ou un score CPS2 ≥ 2 et/ou un score AVQ ≥ 3
- 2.2.2. Il remplit au moins une des deux conditions suivantes :
 - 2.2.2.1. Il présente un risque accru de chute, objectivé par au moins une chute durant les 30 derniers jours³.
 - 2.2.2.2. Son domicile ou son lieu de séjour doit être adapté pour augmenter son autonomie et sa sécurité, et il a la capacité et le souhait d'y séjourner pendant au moins 6 mois, à compter du début de la période.

2.3. *Suivi psychologique.* Le bénéficiaire remplit les deux conditions suivantes :

- 2.3.1. Il obtient un score AIVQ ≥ 3 et/ou un score ≥ 1.5 dans l'échelle 'Troubles psychiques' et/ou un score positif (≥ 1) dans au moins 1 des 5 derniers items dans l'échelle 'Troubles du comportement' (BelRAI Screener);
- 2.3.2. Il remplit au moins une des deux conditions suivantes :
 - 2.4.2.1. Lui ou son aidant demande à bénéficier d'un suivi psychologique.

² Dans l'énoncé de ces conditions, les acronymes renvoient aux échelles suivantes du BelRAI Screener et du BelRAI HC :

- AIVQ : échelle G1 – Performance et capacité pour les activités instrumentales de la vie quotidienne.
- AVQ : échelle G2 – Performance pour les activités de la vie quotidienne.
- CPS [cognitive performance scale] : module 3, échelles M3.1 à M3.4 – Troubles cognitifs.
- CPS2 [cognitive performance scale2]
- Troubles du comportement
- Troubles psychiques

³ Voir le BelRAI HC, section J, question 2, pour la définition de cet item.

2.4.2.2. Il refuse des soins qui lui sont prescrits et qui sont nécessaires à la préservation de son intégrité physique et/ou mentale.

2.4. *Session de groupe aidants proches.* Le bénéficiaire remplit les trois conditions suivantes :

2.4.1. Il obtient un score AIVQ \geq 3.

2.4.2. Le bénéficiaire a un bilan diagnostique spécialisé de la démence. Le diagnostic de démence doit être posé par un médecin spécialiste suite à l'une des prestations suivantes :

- 102933 (Bilan diagnostique spécialisé de la démence par un médecin spécialiste en neurologie, en psychiatrie ou en gériatrie, avec un rapport écrit)
- 102992 (Bilan diagnostique spécialisé de la démence par un médecin spécialiste en neurologie, en psychiatrie ou en gériatrie, accrédité, avec un rapport écrit)

2.4.3. Le bénéficiaire remplit les conditions 2.1., 2.2. ou 2.3.

4. OBJECTIFS DES PRESTATIONS

Article 2) Les prestations dispensées à un bénéficiaire en application de la présente convention visent les objectifs suivants :

1. Augmenter ou stabiliser son autonomie, ou en ralentir la perte.
2. Augmenter ou stabiliser sa qualité de vie et celle de son aidant, ou en ralentir la perte.
3. Garantir la dispensation en temps opportun de tous les soins utiles.
4. Eviter les recours inadéquat aux soins de santé (soins infirmiers, médecine de garde, urgences ou hospitalisations évitables...)
5. Prévenir les situations de crise.

Elles permettent ainsi à certains bénéficiaires de vivre plus longtemps à domicile ou au domicile d'un proche, hors d'un milieu institutionnel tel qu'un établissement de soins de santé ou une maison de repos...

Pour un bénéficiaire dont l'institutionnalisation définitive devient nécessaire au cours d'une période de dispensation des prestations, celles-ci peuvent avoir pour objectif de préparer cette institutionnalisation, en concertation avec l'aidant du bénéficiaire et les intervenants du réseau.

5. NATURE DES PRESTATIONS

5.1. Définition des prestations

Article 3) Les prestations prévues par la présente convention sont réparties, selon leur type

- en *module initial*,
- *case management*,
- *ergothérapie*,
- *suivi psychologique*, et
- *session de groupe aidants proches*.

Pour le case management, elles sont réparties, selon la nature des actes prestés,

- en *séances* (actes réalisés en présence du bénéficiaire et/ou de son aidant), et
- en *support* (actes réalisés en leur absence).

Pour l'ergothérapie et le suivi psychologique, elles sont réparties, selon la nature des actes prestés,

- en *séances* (actes réalisés en présence du bénéficiaire et/ou de son aidant)
- en *sessions de groupe* (actes réalisés en présence de plusieurs bénéficiaires et/ou de leurs aidants), et
- en *support* (actes réalisés en leur absence).

Pour la *session de groupe aidants proches*, elles sont uniquement organisées *en sessions de groupe* en présence de plusieurs bénéficiaires et/ou de leurs aidants.

Tableau 1 : Prestations de la convention

Module initial			
	En présence du bénéficiaire et/ou de son aidant	En présence de plusieurs bénéficiaires et/ou de leurs aidants	En l'absence du bénéficiaire et de son aidant
Case management	Séance de case management	/	Support du case management
Ergothérapie	Séance d'ergothérapie	Session de groupe ergothérapie	Support de l'ergothérapie
Suivi psychologique	Séance de suivi psychologique	Session de groupe suivi psychologique	Support du suivi psychologique
Session de groupe aidants proches	/	Session de groupe aidants proches	/

Article 4) Le module initial est facturable, si la personne répond aux conditions de remboursement de l'intervention case management, de l'ergothérapie et / ou du suivi psychologique décrites à l'article 1 et si les actions suivantes ont été menées.

Actions au sein du module initial :

- Le recueil de l'information pertinente auprès du bénéficiaire, de son aidant, de ses dispensateurs de soins, des éventuels coordinateur de soins et référent hospitalier..., en ce compris les preuves qu'il répond à la définition des bénéficiaires pour les prestations souhaitées, ainsi que l'information issue du dossier patient et des outils informatiques appropriés, tels que les formulaires et échelles de toutes les sections du BelRAI HC, et l'information contenue dans le ou les plans de soins préalablement établis.
- Les actes préparatoires à la réalisation des prestations prévues par la convention, en faveur d'un bénéficiaire répondant aux conditions de l'article 1).
- L'explication et le remplissage du formulaire de consentement éclairé, par lequel le bénéficiaire et son aidant donnent leur accord pour l'utilisation de leurs données personnelles anonymisées, dans la procédure d'évaluation visée au point 8.3. Les prestations prévues par la présente convention ne peuvent donner lieu à une intervention de l'assurance que si le bénéficiaire et le cas échéant son aidant donnent leur accord et complètent le formulaire de consentement éclairé.

Article 5) Les activités réalisées en présence du bénéficiaire et/ou de son aidant sont nommées *séances de case management*, *séances d'ergothérapie*, et *séances de suivi psychologique*.

Elles sont réalisables et facturables par unité de 30 minutes, avec un minimum de 2 unités et un maximum de 4 unités au cours de la même journée, de sorte qu'une séance dure une heure, une heure et demie, ou deux heures, et compte pour 2, 3 ou 4 unités de facturation.

Chaque séance exige la présence, pendant toute sa durée, d'au moins un intervenant visé à l'article 15), face à un seul bénéficiaire et/ou à son aidant. La séance n'est jamais dispensée sous la forme de séances de groupe, à plusieurs bénéficiaires ou aux proches de plusieurs bénéficiaires simultanément.

La séance se déroule au domicile du bénéficiaire ou au domicile de l'aidant ou d'un proche. Par exception, une seule séance d'ergothérapie, une seule séance de suivi psychologique et deux séances de case management par période (article 9)) peuvent se dérouler dans l'hôpital où le bénéficiaire est hospitalisé, si les conditions prévues à l'article 26, point 4, sont remplies.

Les activités réalisées en présence simultanée de plusieurs bénéficiaires et/ou de plusieurs aidants sont nommées *sessions de groupe aidants proches*, *sessions de groupe d'ergothérapie* et *sessions de groupe de suivi psychologique*.

Les sessions de groupe d'ergothérapie et sessions de groupe de suivi psychologique sont organisées pour un minimum de 4 participants et un maximum de 8. Elles sont réalisables et facturables par une seule unité de 30 minutes au cours de la même journée par participant, de sorte qu'une session compte pour 4 à 8 unités de facturation en fonction du nombre de participants. Chaque session de groupe exige la présence, pendant toute sa durée, d'au moins un intervenant visé à l'article 15.

Les sessions de groupe aidants proches sont organisées pour un minimum de 5 participants et un maximum de 10. Elles sont réalisables et facturables par unité de 30 minutes,

avec un nombre minimal de 4 unités dans le cours de la même journée, pour lesquelles maximum 4 unités de facturation peuvent être portées en compte. Chaque session de groupe exige la présence, pendant toute sa durée, d'au moins un intervenant visé à l'article 14)bis.

La session de groupe se déroule dans un espace collectif (MRS, MRSA, maison de quartier, ...)

En raison de la crise de Covid-19, les séances de *case management* et de *suivi psychologique* peuvent être réalisées à distance, par le biais d'appels téléphoniques, de communications vidéo à distance ou d'appels vidéos. Ces mesures sont d'application jusqu'aux dates de fin, à déterminer par le Roi, des séances par vidéocommunication réalisées par les psychiatres infanto-juvéniles d'une part, et par des psychiatres d'autre part, prévues dans l'article 9, §§ 2 et 3, de l'Arrêté royal n° 20 du 13/05/2020 portant des mesures temporaires dans la lutte contre la pandémie COVID-19 et visant à assurer la continuité des soins en matière d'assurance obligatoire soins de santé

Les principes suivants sont d'application pour les prestations à distance :

- Le bénéficiaire et/ou son aidant doit avoir préalablement donné son accord pour ces soins dispensés à distance ;
- L'intervenant doit s'être assuré que le bénéficiaire et/ou son aidant était physiquement et mentalement en mesure de suivre cette prestation à distance
- L'intervenant doit utiliser un moyen de communication à distance sécurisé qui respecte ces règles et conditions d'utilisation minimales :
<https://www.ehealth.fgov.be/fr/esante/task-force-data-technology-against-covid-19/bonnes-pratiques-en-matiere-de-plate-formes-pour-les-soins-a-distance-formulees-par-le-comite-de-securite-de-linformation>
- Le prestataire doit consigner dans le dossier du bénéficiaire ces prestations par téléphone et vidéo-consultations, ainsi que leur durée.

L'ensemble des autres modalités de ces prestations reste d'application. En particulier, les tarifs, durées et pseudocodes sont inchangés.

Article 6) Les activités réalisées en l'absence du bénéficiaire et de son aidant qui sont liées à la réalisation des séances sont nommées *support du case management*, *support de l'ergothérapie* et *support du suivi psychologique*.

Elles sont facturables par unité de 30 minutes.

Seuls les actes réalisés en faveur d'un bénéficiaire ou de son aidant et directement liés aux objectifs visés à l'article 2) peuvent être pris en compte dans une prestation de support. Des actes tels que la participation à des formations, à des conférences, à des réunions internes relatives à des matières administratives, logistiques ou organisationnelles... ne peuvent pas être facturés en tant que prestations distinctes ; ils sont pris en compte, de manière forfaitaire, dans les honoraires des prestations fixés à l'article 21). De même, les déplacements des intervenants ne peuvent pas être facturés en tant que prestations distinctes ; ils sont pris en compte, de manière forfaitaire, dans les honoraires des prestations fixés à l'article 21).

L'intervenant qui effectue un acte pris en compte dans une prestation de support mentionne dans le dossier patient son heure de début, son heure de fin et sa description. Pour tout contact avec une personne de l'équipe de soins, elle mentionne le nom, la fonction de cette personne et la nature du contact (rencontre, communication téléphonique, courrier électronique...) Le manquement à cette obligation peut donner lieu à la récupération de l'intervention de l'assurance dans les prestations non-conformes.

5.2. Dispensation des prestations

5.2.1. Dispositions générales – période de dispensation des prestations

Article 7) Les prestations prévues par la convention font partie intégrante du programme global de soins dispensé au bénéficiaire et à son aidant par l'ensemble de l'équipe de soins constituée autour d'eux. Elles forment, dans ce programme, un ensemble coordonné d'actes, réalisés en faveur d'un bénéficiaire (article 1)) et de son aidant, qui sont appropriés à leur situation et qui sont nécessaires pour atteindre les objectifs définis à l'article 2). Ces actes sont dispensés sous la forme d'un module initial, de séances, de sessions de groupe et de prestations de support (articles 3) à 6)), par les intervenants visés à l'article 15), au cours de périodes de durée définie (article 9)).

Si certaines de ces missions font partie des missions légales d'un service ou d'une institution, le projet remplit ces missions en concertation avec ce service ou cette institution. Si elles appartiennent déjà aux missions légales d'un service ou d'une institution et si ces missions ont déjà été financées dans ce cadre, les indemnités prévues dans le présent contrat ne sont pas dues (voir également l'article 20).

Article 8) § 1. La décision de dispenser des prestations à un bénéficiaire est un processus qui comporte toutes les étapes suivantes, dans un ordre adapté à la situation :

1. La demande ou l'accord du patient et/ou de son aidant.
2. L'identification du médecin généraliste du patient, considéré comme personne de référence dans l'organisation de ses soins, en particulier de ses soins de santé. Si le patient n'a pas de médecin généraliste, le projet l'invite à en choisir un. En cas d'impossibilité ou de refus, un autre médecin qui suit régulièrement le patient remplit la fonction de médecin généraliste, dans le cadre de la convention. Le projet explique les raisons de l'absence de médecin généraliste, dans le dossier patient (article 27)).
3. L'organisation par le projet d'au moins une réunion multidisciplinaire entre les acteurs de l'équipe de soins constituée autour du patient, à laquelle sont toujours invités son médecin généraliste et son infirmier afin de pouvoir évaluer – en concertation avec l'équipe de soins – s'il existe une indication médicale ou infirmière qui nécessite de faire prendre en charge le case management par un médecin généraliste ou un infirmier (à domicile).
4. Suite à la concertation prévue ci-dessus, la prescription des prestations prévues dans cette convention par le médecin généraliste du patient, à l'exception du case management et des sessions de groupe aidants proches.
5. La vérification par le médecin généraliste ou par le coordinateur de soins du projet :
 - du fait que le patient satisfait aux conditions fixées par la définition des bénéficiaires (article 1)), pour les prestations envisagées (vérification au moyen du BELRAI screener, pour les conditions 1 et 2.1 à 2.3 de l'article 1)),
 - du fait que les prestations répondent à un besoin et sont susceptibles de contribuer significativement à l'amélioration ou à la stabilisation de la situation du patient et/ou de son aidant.

§ 2. En cas d'inclusion du bénéficiaire dans le projet, les documents utilisés et produits au cours du processus d'admission sont ajoutés au dossier patient visé à l'article 27, en particulier la demande ou l'accord du patient et/ou de son aidant, la prescription du médecin généraliste et, en l'absence de médecin généraliste, l'explication de cette absence.

Article 9) § 1. La période au cours de laquelle les prestations facturables peuvent être réalisées en faveur d'un bénéficiaire dure un maximum de 3 ans. Elle débute à la date de la 1^{ère} prestation facturable réalisée au cours de cette période, en faveur de ce bénéficiaire (« date de la prestation » mentionnée sur la facture à l'organisme assureur du bénéficiaire).

Une seule période peut être réalisée en faveur d'un même bénéficiaire.

§ 2. En cas d'institutionnalisation du bénéficiaire dans une maison de repos ou de décès du bénéficiaire, la période de réalisation des prestations mentionnée au §1 (ci-après 'période 1') est clôturée. A titre d'exception et en soutien à l'aidant proche, et pour autant que des prestations facturables ait déjà été réalisées en faveur de ce bénéficiaire dans le cadre de la présente convention, un nombre limité de prestations complémentaires peuvent être réalisées pendant une seconde période (ci-après 'période 2') d'une durée de 30 jours calendrier, prenant cours le lendemain du jour du décès du bénéficiaire ou du jour d'entrée du bénéficiaire en maison de repos. Ces prestations sont portées en compte au nom du bénéficiaire.

5.2.2. Nombres de prestations remboursables

Article 10) § 1. Un bénéficiaire peut recevoir une intervention de l'assurance dans un seul module initial (article 4)), même s'il reçoit plusieurs types de prestations et même si elles sont dispensées par plusieurs projets conventionnés.

§ 2. Pour les autres prestations, le nombre maximum d'unités de facturation (d'une demi-heure – article 5)) remboursable par bénéficiaire au cours d'une période (article 9)) s'élève à 122 unités au total (ci-après 'série 1'). Ces 122 unités de facturation sont réparties par le projet entre les différents types de prestations de base en fonction des besoins du bénéficiaire et de son aidant, toujours moyennant le respect des conditions reprises à l'article 1. Par 122 unités, un maximum de 50 unités peuvent être consacrées à des sessions de groupe.

1. Conditions du *case management*:

Par série de 122 unités de facturation comprenant une composante case management, au moins 4 unités sont consacrées à des séances.

2. Conditions de la composante *suivi ergothérapeutique* :

Par série de 122 unités de facturation comprenant une composante de suivi ergothérapeutique, au moins 60% sont consacrées à des séances ou à des sessions de groupe.

3. Conditions de la composante *suivi psychologique*:

Par série de 122 unités de facturation comprenant une composante de suivi psychologique, au moins 60% sont consacrées à des séances ou à des sessions de groupe.

§ 3. Une seule série de 122 unités de facturation peut être réalisée en faveur d'un même bénéficiaire. Cependant, à titre d'exception, le bénéficiaire peut obtenir une deuxième série de prestations, limitées à 61 unités de facturation, après concertation entre les prestataires de l'équipe de soins, telle que prévue à l'article 8), point 3, s'il remplit encore les conditions d'admission (article 1)) et si un nouvel événement (exemple : après une hospitalisation, après une chute avec complications, l'aidant proche qui ne peut plus remplir son rôle, ...) justifie la fixation d'une 2^e série d'unités de facturation. Au cours d'une année civile, le nombre de bénéficiaires qui obtient une 2^e série d'unités de facturation ne dépasse pas 30% du nombre total de bénéficiaires ayant entamé une 1^{ère} série. Les prestations réalisées au-delà de cette limite ne sont pas facturables .

Les conditions des prestations mentionnées au § 2 concernant la proportion minimale de séances et sessions de groupe sont également valables pour la 2^e série d'unités de facturation. Par 2^{ème} série de 61 unités, un maximum de 25 unités peuvent être consacrées à des sessions de groupe.

Pour un même bénéficiaire, la totalité de ces unités de facturation (1^{ère} série de 122 et, le cas échéant, 2^{ème} série de 61) doit être réalisée au cours de la période définie à l'article 9.

§ 4. En cas d'institutionnalisation ou de décès du bénéficiaire, une série supplémentaire (série de clôture) de maximum 10 unités de facturation (séance ou support prestation de base) peut être réalisée en faveur de ce bénéficiaire, au cours d'une seconde période telle que définie à l'article 9, §2, prenant cours le lendemain du jour du décès ou du jour d'entrée en maison de repos.

Tableau 2 : Nombres d'unités de facturation des prestations de base par bénéficiaire

PERIODE 1 (3 ans)	Nombre maximum d'unités facturables	Nombre minimum d'unités consacrées à des séances et à des sessions de groupe (le cas échéant)
Case management	x	4 UF
Ergothérapie	y	60%
Suivi psychologique	z	60%
		Nombre maximum d'unités consacrées à des sessions de groupe
Série 1	$x + y + z \leq 122$	50
Série 2	$x + y + z \leq 61$	25
PERIODE 2 (30 jours post-institutionnalisation ou décès)		
Série de clôture	$X + y + z \leq 10$	-

§ 5. En cas de dépassement des nombres maximums d'unités facturables, le projet rembourse les prestations excédentaires à l'INAMI.

§ 6. Conditions de la composante *session de groupe aidants proches* : Une seule série de 80 unités de facturation peut être réalisée en faveur d'un même bénéficiaire. Les prestations réalisées au-delà de cette limite ne sont pas facturables .

5.2.3. Dispositions relatives à la « coordination de soins » et au « case manager »

Article 11) La « *coordination de soins* » est définie comme un processus collaboratif tant des prestataires de soins que d'aides au niveau de l'évaluation, de planification, de coordination, et de conseil, visant à ce que les options et services rencontrent les besoins de soins de la personne et de son entourage, au travers de la communication et des ressources disponibles, afin de promouvoir des résultats qualitatifs et coût-efficaces.

Le processus de la coordination de soins est défini par l'ensemble des activités qui consistent à :

1. Établir, en faveur du bénéficiaire, les objectifs de soins et un plan de soins comprenant :
 - a) le bilan global de la situation du bénéficiaire et de ses aidants, d'un point de vue physique, psychologique, fonctionnel, social et matériel, moyennant les instruments existants (BelRAI) et en tenant compte des objectifs de vie du bénéficiaire,
 - b) l'inventaire des besoins en soins du bénéficiaire et des souhaits que lui-même et son aidant expriment à ce sujet,
 - c) le relevé des moyens qui permettent de répondre adéquatement à ces besoins et à ces souhaits,
 - d) le choix des prestataires qui fourniront les soins adéquats,
 - e) l'organisation pratique de ces soins.
2. Assurer que ce plan de soins soit exécuté, coordonner les soins pour garantir leur dispensation, leur continuité, et leur bonne intégration dans la vie quotidienne du bénéficiaire et de son aidant.
3. Défendre les intérêts du bénéficiaire et de son aidant, dans toute situation relative aux soins qui le requiert.
4. Évaluer les résultats obtenus, adapter le plan de soins si nécessaire.

Article 12) § 1. La convention couvre les prestations spécifiques d'un case manager qui temporairement remplit les missions suivantes, auprès du bénéficiaire et de son aidant :

1. Il veille à ce qu'un bilan global de la situation soit établi, au début de la période d'intervention, et à ce que le BelRAI HC soit complété.
2. Il veille à ce que la fonction de coordination des soins telle que visée à l'article 11, soit exercée. Il peut s'en charger temporairement, jusqu'à ce que les prestataires compétents de l'équipe de soins la reprennent. Durant ce temps, il tient le rôle de conseil, de médiateur, de représentant des intérêts du bénéficiaire et de son aidant. Il est alors la personne de contact pour le bénéficiaire, son aidant et les autres composantes du réseau de soins. Cependant, toutes les décisions sont prises en concertation avec le bénéficiaire, l'aidant et les prestataires de l'équipe de soins.
3. Il informe le bénéficiaire et son aidant et les conseille afin de leur permettre de gérer eux-mêmes leurs soins, autant qu'il leur est possible.
4. Dans les limites de ses compétences légales, en concertation avec le médecin généraliste et avec l'équipe de soins, il veille à ce que le plan de soins soit établi et à ce qu'il s'inscrive au mieux dans la vie quotidienne du bénéficiaire. Si nécessaire, il peut se charger de coordonner le plan de soins, jusqu'au moment où les prestataires compétents de l'équipe de soins sont en mesure de reprendre cette mission.
5. Il anticipe ou identifie les situations de crise qui peuvent entraîner le recours à des soins évitables ; il met œuvre des mesures pour prévenir ou résoudre ces situations.
6. Il évalue les résultats, en concertation avec les autres dispensateurs du programme de soins, à la fin de chaque période d'intervention de maximum 6 mois, sur base du BelRAI HC et de tout autre instrument ou source d'évaluation pertinent.
7. Il documente ces résultats dans le dossier du bénéficiaire et les partage, en respectant le secret professionnel.
8. Il veille à ce que le plan de soins soit adapté en fonction de ces résultats.
9. Il prépare la fin de son intervention ; il clarifie les modalités de la coordination de soins après la fin de la période d'intervention.

§ 2. Le choix du case manager le plus approprié dépend des besoins du patient qui sont déterminés à l'occasion du processus qui est parcouru comme prévu à l'article 8Le case manager est désigné en concertation entre les principaux prestataires de l'équipe de soins constituée autour du bénéficiaire, dont son médecin généraliste et son infirmier. Ces

derniers vérifient l'adéquation entre les missions spécifiques du case manager auprès du bénéficiaire considéré et les qualifications du case manager choisi. L'exécution de ces missions doit en tous cas être conforme aux actes réglementaires d'un médecin généraliste, un praticien de l'art infirmier ou un assistant social. Si le médecin généraliste n'est pas en mesure d'assister à la concertation, le coordinateur de soins du projet lui adresse (si possible par l'intermédiaire de son eHealthBox), un document qui détaille les missions et la qualification du case manager choisi. Le médecin généraliste peut faire part de ses commentaires à l'équipe de soins et, si nécessaire, prendre l'initiative pour en discuter.

§ 3. Dans l'accomplissement de ses missions, le case manager respecte les principes suivants :

1. Il ne réalise aucun acte pour lequel il n'est pas qualifié, selon la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions de santé.
2. Il intervient de manière globale et intégrée. Il ne limite jamais son intervention à quelques aspects particuliers du suivi.
3. Il travaille en étroite concertation avec les intervenants du réseau de soins concernés, ainsi qu'avec la ou les personnes qui exercent ou ont récemment exercé des fonctions de la coordination de soins auprès du bénéficiaire.
4. Il fait preuve d'objectivité envers le bénéficiaire, son aidant et leurs proches (il ne prend pas parti dans les divergences d'opinion et les conflits éventuels...) et envers les prestataires (il s'abstient de prendre parti envers un prestataire ou une conception des soins...)

5.2.4. Dispositions relatives au « suivi ergothérapeutique »

Article 13) Dans le cadre de la convention, le suivi ergothérapeutique à domicile a pour objectifs principaux :

- de préserver l'autonomie du bénéficiaire (objectif de prévention),
- et/ou de lui permettre de recouvrer ou d'améliorer son autonomie et sa capacité à gérer ses soins, après un accident ou un trouble aigu (objectif de rééducation).

Auprès du bénéficiaire et de son aidant :

1. L'ergothérapeute commence par compléter le bilan des besoins et des demandes du bénéficiaire et de son aidant, pour tout ce qui relève de sa spécialité.
2. Il enseigne les gestes, les occupations et les modalités de locomotion adaptés à la perte d'autonomie du bénéficiaire.
3. Il conseille les adaptations du lieu de vie. Il les met en œuvre ou supervise leur mise en œuvre. Il vérifie leur acceptation et leur maintien.
4. Il conseille et installe le matériel d'aide aux activités de base et aux activités instrumentales de la vie quotidienne. Il enseigne son usage.
5. Il prévient spécifiquement les chutes, par l'apprentissage de gestes et modalités de locomotion adaptés, par l'adaptation du lieu de vie et par l'usage du matériel d'aide.
6. Il stimule et soutient le bénéficiaire dans la réalisation de ses activités quotidiennes, pour améliorer ou préserver son autonomie et sa participation à la vie sociale.
7. Il contribue à la remédiation cognitive, par l'adaptation du lieu de vie et la mise en place de prothèses mnésiques adaptées au bénéficiaire.
8. Il contribue à détecter les besoins de soins non-couverts.
9. Il réévalue chaque fois que c'est nécessaire, la pertinence et l'adéquation du matériel et des adaptations du domicile, et toutes les interventions qui relèvent de sa compétence.

Envers l'équipe de soins:

1. L'ergothérapeute se concerta avec l'équipe de soins sur les actions ou l'informe sur les actions qu'il va menées auprès du bénéficiaire et de son aidant et sur les effets et les résultats attendus.
2. Il les forme à la pratique des gestes et occupations adaptés et à l'usage du matériel d'aide.

5.2.5. Dispositions relatives au « suivi psychologique »

Article 14) Dans le cadre de la convention, le suivi psychologique à domicile a pour principal objectif d'apporter une aide psychologique spécialisée au bénéficiaire et à son aidant :

1. Le psychologue clinicien commence par compléter le bilan des besoins et des demandes du bénéficiaire et de son aidant, pour tout ce qui relève de sa spécialité. Il peut intervenir, si les conditions précisées par la définition des bénéficiaires sont remplies, cependant, il s'abstient d'intervenir et il dirige le bénéficiaire ou son aidant vers un prestataire extérieur (psychologue clinicien, psychiatre, centre de santé mentale, médecin généraliste, ...) s'il constate que l'un ou l'autre présente des troubles mentaux qui, par leur nature ou leur sévérité, ne peuvent pas être traités dans le cadre des prestations prévues par la convention.
2. Le psychologue clinicien réalise des entretiens individuels à domicile. Il privilégie les pratiques fondées sur des preuves (evidence based practice) qui sont susceptibles d'apporter une amélioration rapide des symptômes, compte tenu, notamment, du nombre de séances remboursables et de l'âge du bénéficiaire.
3. Il peut écouter les plaintes, craintes et attentes du bénéficiaire et de son aidant, afin de leur apporter des conseils spécialisés.
4. Grâce à sa maîtrise de la psychoéducation et de la remédiation cognitive, il peut enseigner à chaque bénéficiaire les connaissances et les techniques utiles pour accomplir certains actes quotidiens, en utilisant ses aptitudes préservées.

5.2.6. Dispositions relatives à la « session de groupe aidants proches »

Article 14bis) Dans le cadre de la convention, la composante session de groupe aidants proches concerne les aidants proches de personnes atteintes de démence.

Cette prestation vise à:

1. une meilleure compréhension par l'aidant proche de la pathologie par l'apport d'expertise,
2. la compréhension de comportements spécifiques liés à la maladie, apprendre comment y réagir/s'y prendre,
3. une amélioration de la relation entre le patient et son aidant proche, et de l'acceptation de la maladie et de ses conséquences,
4. le soutien de la qualité de vie de l'aidant proche par le contact avec des personnes dans la même situation l'échange d'expérience et l'empowerment, et par conséquent le soutien de la qualité de vie du patient.

La personne qui mène cette session de groupe peut aussi bien exercer une profession de soins selon l'AR n°78, à l'exception des aides-soignants, qu'être assistant social. Ils doivent disposer d'une formation spécifique dans le cadre de la problématique de la démence, ou bien disposer de l'expérience nécessaire pour pouvoir remplir cette mission. Sa réalisation doit avoir lieu en conformité avec les conditions d'exercice de leur fonction.

6. FONCTIONS FINANCÉES PAR LA CONVENTION

Article 15) Le projet dispose en permanence du personnel capable de remplir les 3 fonctions suivantes :

1. Case manager.
2. Ergothérapeute.
3. Psychologue clinicien.

Il peut employer lui-même ce personnel, sous statut de salarié ou d'indépendant, ou faire appel à du personnel extérieur.

Article 16) § 1. Les fonctions visées à l'article 15) sont remplies durant un minimum de 76 heures par semaine au total, pour l'ensemble des fonctions et des personnes qui les exercent.

§ 2. Afin de garantir son expérience professionnelle, pour chaque personne, le temps minimum d'exercice de sa fonction dans le cadre de la convention est de 19 heures par semaine.

Article 17) § 1. Chaque personne qui exerce la fonction de case manager remplit au moins les conditions suivantes :

- Elle remplit les conditions d'exercice d'une des professions suivantes : médecin généraliste, infirmier, ou assistant social et n'appartient pas à l'équipe de soins du bénéficiaire.
- Elle possède une expérience professionnelle suffisante au sein d'une équipe multidisciplinaire de soins qui traite en priorité des personnes âgées fragiles.
- Elle possède une connaissance approfondie du BelRAI HC, démontrée par un usage professionnel courant durant la période prise en compte dans son expérience professionnelle, ou par une formation consacrée au BelRAI. Elle est ainsi capable d'utiliser les résultats du BelRAI HC pour toutes ses missions liées à la présente convention.
- Elle possède une connaissance approfondie de l'organisation générale des soins, pour les groupes cibles de la convention, dans la région où elle pratique.
- Elle participe activement à des interventions avec d'autres case managers, afin d'accroître son expérience professionnelle.

§ 2. Au sein du projet, au moins 50% du cadre de case manager (exprimé en ETP ou en heures par semaine) est occupé par une ou plusieurs personnes qui remplissent les conditions légales d'exercice de la profession de médecin ou d'infirmier.

Article 18) Chaque personne qui exerce la fonction d'ergothérapeute ou de psychologue remplit au moins les conditions suivantes :

- Elles répondent aux conditions respectives d'exercice de leur profession.
- Elles possèdent une expérience professionnelle suffisante du travail avec des personnes âgées fragiles.

Article 19) § 1. Le projet tient à jour un relevé complet des intervenants qui remplissent les fonctions visées à l'article 15. Ce relevé indique à tout moment l'identité de chaque intervenant, sa fonction, ainsi que le temps qui va être consacré aux missions.

7. INTERVENTION DE L'ASSURANCE DANS LE COÛT DES PRESTATIONS

7.1. Principes

Article 20) § 1. L'intervention de l'assurance est due pour toute prestation qui respecte les conditions de la convention.

§ 2. L'intervention de l'assurance est un forfait qui couvre la totalité des frais engendrés par la réalisation de ces prestations. Si les prestations font partie des missions légales d'un service ou d'une institution et si ces missions sont financées dans ce cadre, les prestations prévues dans la présente convention ne sont pas dues.

§3. Les frais généraux (frais de fonctionnement, hors frais de personnel : coordination, facturation, usage des bâtiments, mobilier, matériel de bureau et informatique, véhicules, assurances, charges financières...), sont calculés de manière forfaitaire et sont couverts par une prestation intitulée « forfait de fonctionnement », qui peut être facturée selon les dispositions mentionnées à l'article 22.

7.2. Montants d'intervention de l'assurance

Article 21) § 1. Les montants de l'intervention de l'assurance dans le coût des prestations est établi sur base de l'annexe à la présente convention. Ils sont fixés, par unité de facturation, à :

Tableau 3 : Montants d'intervention de l'assurance dans le coût des prestations, par unité de facturation

1. Module initial :	127,28 €
2. Case management ;	25,15 €
3. Suivi ergothérapeutique :	21,73
4. Suivi psychologique :	26,68 €
5. Session de groupe ergothérapie :	18,90
6. Session de groupe suivi psychologique :	23,19
7. Forfait de fonctionnement	100,00 €
8. Session de groupe aidants proches	3,13 €

Ces montants sont indexés, chaque année, à partir du 1^{er} janvier 2022, conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 8 décembre 1997 fixant les modalités d'application pour l'indexation des prestations dans le régime de l'assurance obligatoire soins de santé à condition que le Conseil général de l'INAMI ait prévu ces moyens.

Le montant repris sous 1 est facturé en une fois et les montants suivants sont facturés par unité de facturation de 30 minutes, sous les numéros de pseudocodes suivants :

Tableau 4 : Pseudocodes à utiliser pour la facturation des prestations

Module initial	794474				
Forfait de fonctionnement	794975				
	Séance	Séance (patient hospitalisé)	Session de groupe	Support	Support / séance de clôture
Case management– médecin généraliste	794496	794500	-	794511	795115
Case management – infirmier	794533	794544	-	794555	795130
Case management– assistant social	794570	794581	-	794592	795152
Suivi ergothérapeutique	794732	794743	794813	794754	795174
Suivi psychologique	794776	794780	794835	794791	795196
Session de groupe aidants proches	-	-	794894	-	-

§ 2. L'assurance obligatoire soins de santé octroie une intervention financière à chaque projet de soutien aux personnes ayant des besoins complexes de soins et d'aide (Protocole 3) et qui a une convention en cours avec le Comité de l'assurance en exécution des articles 22, 6° et 23, 3° de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

L'intervention financière visée au premier alinéa s'élève à 500 euros par mois calendaire. Cette intervention financière ne peut porter que sur la période du 1^{er} mai 2020 jusqu'au 30 juin 2021. Une seule intervention financière par mois est due par projet.

Pour autant qu'un numéro de compte ait été communiqué par le projet avant le 15 janvier 2021, l'INAMI procédera au paiement au plus tard le 31 janvier 2021 pour la période du 1^{er} mai 2020 au 30 novembre 2020, et pour la période du 1^{er} décembre 2020 au 30 juin 2021, au plus tard le 31 juillet 2021.

7.3. Nombres maximums de prestations remboursables

Article 22) Au cours d'une même année civile, le projet peut réaliser des prestations facturables jusqu'à un montant maximum de « ... » €.

Au cours d'une même année civile, le projet peut porter en compte un « forfait de fonctionnement » pour chaque unité de facturation des prestations de base (case management, ergothérapie, suivi psychologique) réalisées en faveur d'un bénéficiaire et facturables.

Le montant total des « forfaits de fonctionnement » portés en compte ne peut dépasser un montant maximum de « ... » euros. Ce montant correspond à 10 % du montant mentionné au premier alinéa, additionné d'un montant équivalent à 10 % des dépenses correspondant aux prestations dispensées par le projet pendant la période du 01.04.2019 au 30.03.2020.

Ces montants sont indexés comme mentionné à l'article 21 §1.

L'année d'entrée en vigueur et l'année de cessation de vigueur de la présente convention, ces montants sont adaptés au prorata de la durée de validité de la convention au cours de cette année civile.

7.4. Modalités de facturation des prestations

Article 23) Le projet facture mensuellement le montant de l'intervention de l'assurance à l'organisme assureur du bénéficiaire. Le projet utilise le modèle de facture approuvé par le Comité de l'assurance de l'INAMI. Le paiement par l'organisme assureur est basé sur les modalités approuvées par le Comité de l'assurance.

Article 24) § 1. Le projet s'engage à rembourser toute intervention de l'assurance qu'il aurait indûment perçue, conformément aux dispositions de l'article 164 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

§ 2. Il s'engage à ne facturer aux bénéficiaires :

- aucun acte pour lequel l'intervention de l'assurance est refusée, quel que soit le motif du refus.
- aucune intervention de l'assurance qu'il aurait dû rembourser, en vertu des dispositions du § 1, quel que soit le motif de l'obligation de remboursement.

Article 25) Le projet s'engage à ne facturer aucun supplément aux bénéficiaires ou aux organismes assureurs, pour les prestations réalisées dans le cadre de la présente convention.

7.5. Règles de cumul

Article 26) § 1. Les prestations prévues dans cette convention ne sont pas remboursables par cette convention lorsqu'elles sont déjà financées d'une autre manière pour le même jour (p.ex. convention CRA, convention de rééducation, AR du 27.03.2012 pour le financement de la participation à une concertation autour du patient psychiatrique, l'organisation et la coordination de cette concertation et la fonction de personne de référence, ...).

§2. Les prestations prévues par la présente convention ne sont pas remboursables si elles sont dispensées à un bénéficiaire au cours d'une des périodes ou d'un des séjours suivants :

1. Le séjour du bénéficiaire dans une maison de soins psychiatrique (MSP).
2. Le séjour du bénéficiaire dans une maison de repos et de soins (MRS) ou une maison de repos pour personnes âgées (MRPA), sauf s'il s'agit d'un court séjour, et à l'exception d'un maximum de 10 unités de facturation (série de clôture).

3. Une période d'hospitalisation complète, à l'exception de :
 - deux séances de case management, si le référent hospitalier a constaté que la condition 2.1.1 de l'article 1) est remplie ou sera remplie lorsque le bénéficiaire sortira de l'hôpital. Ce constat est repris et argumenté dans le dossier patient tenu par l'hôpital ou dans la lettre de renvoi adressée au médecin généraliste du bénéficiaire.
 - une séance de suivi psychologique, si le bénéficiaire a déjà bénéficié d'au moins une séance ou une session de groupe hors de l'hôpital ;
 - une séance d'ergothérapie, si le bénéficiaire a déjà bénéficié d'au moins une séance ou une session de groupe hors de l'hôpital ;
4. Pour la seule prestation de suivi psychologique (article 13)), pendant la période au cours de laquelle le bénéficiaire est pris en charge dans le cadre de soins psychologiques de première ligne.

§ 3. Le projet explique le sens et la portée de ces règles au bénéficiaire et à son aidant. Les dispositions de l'article 24) sont d'application.

8. GESTION DES DONNÉES ET PROCÉDURE D'ÉVALUATION

8.1. Dossier patient individuel

Article 27) Un coordinateur de soins dans le projet tient à jour, pour chaque bénéficiaire, un dossier patient individuel comprenant au moins :

1. Ses données d'identification.
2. Les preuves qu'il satisfait à la définition des bénéficiaires (article 1)) pour les prestations dispensées.
3. Les documents utilisés ou produits lors du processus d'inclusion défini à l'article 8.
4. Les informations recueillies lors de la réalisation du module initial (article 4)), en ce compris le formulaire de consentement éclairé.
5. Le plan de soins du bénéficiaire, s'il a reçu des prestations de case management.
6. La date de début et la date de fin de chaque période de dispensation des prestations (article 9)).
7. Les objectifs visés et les résultats obtenus pour chacune de ces périodes.
8. Toute autre correspondance concernant ce bénéficiaire.

8.2. Informations relatives à l'application de la convention

8.2.1. Informations destinées aux bénéficiaires

Article 28) § 1. Le projet donne au bénéficiaire et à son aidant une information neutre, complète et accessible sur les objectifs, la nature, le contenu des prestations et le déroulement

des périodes de dispensation de ces prestations, et d'une manière générale, sur toutes les dispositions de la convention qui ont un intérêt direct pour eux.

§ 2 Dès le début d'une période, le projet informe le bénéficiaire et son aidant sur les conditions et limites d'intervention de l'assurance, prévues en particulier par l'article 10) et l'article 26). Il en expose les termes et en explique la portée au bénéficiaire et à son aidant, dans un document écrit qu'il leur remet contre récépissé signé.

§ 3. Le projet remet au bénéficiaire et à son aidant un document qui détaille les prestations effectuées en application de la présente convention et les interventions de l'assurance soins de santé, conformément aux dispositions de l'article 53, § 1^{er}, 2 & 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

8.2.2. Informations destinées à l'INAMI et aux organismes assureurs

Article 29) § 1. Dans le mois qui suit la fin de chaque trimestre civil, le projet transmet au Service des soins de santé de l'INAMI un fichier informatique qui reprend, selon un format défini par ce Service, les nombres exacts des prestations facturables réalisées au cours de ce trimestre, réparties par type de prestation et par mois de réalisation.

Chaque prestation réalisée en faveur d'un bénéficiaire y figure une seule fois. Elle y est mentionnée dès qu'elle a été effectuée, sans attendre qu'elle ait été facturée ou remboursée. Les éventuelles prestations non-remboursables (par exemple, parce qu'elles ne répondent pas aux conditions fixées par la convention ou parce que le patient n'est pas bénéficiaire de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités) n'y sont pas mentionnées.

Le projet établit une liste des prestataires de soins qui ont exercé les fonctions visées à l'article 15 après chaque année civile. Cette liste indique l'identité de chaque personne, sa position et le temps passé dans le cadre de la convention. Sur la base d'un modèle fixe, le projet fournit ces informations au Service des soins de santé de l'INAMI au cours du premier trimestre de l'année civile suivant l'année en question.

§ 2. Le projet présente, à la demande du Service des soins de santé ou du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI, tous les documents nécessaires à l'appui des nombres de prestations communiqués.

§ 3. Si les nombres de prestations ne sont pas communiqués, dans le mois qui suit la fin d'un trimestre, le projet est rappelé à ses obligations par lettre recommandée. Si ces nombres n'ont toujours pas été communiqués dans les 30 jours civils après l'envoi de la lettre recommandée, les paiements par les organismes assureurs (dans le cadre de la convention entre l'INAMI et le projet) sont suspendus d'office tant que cette obligation n'est pas satisfaite.

§ 4. Le projet désigne une personne de contact chargée de la transmission des nombres de prestations. Il communique ses coordonnées (nom, numéro de téléphone direct et adresse électronique) au Service des soins de santé qu'il informe également de tout changement de ces coordonnées.

Article 30) § 1. Le projet fournit à chaque demande du Service des soins de santé de l'INAMI toutes les informations leur permettant de contrôler le respect des dispositions de la présente convention sous tous leurs aspects.

§ 2. Le projet autorise tout représentant de l'INAMI ou des organismes assureurs à effectuer les visites, annoncées ou non, que celui-ci juge utile à l'accomplissement de sa mission de contrôle du respect des dispositions de la présente convention.

8.3. Procédure d'évaluation

Article 31) Sur la base des données mentionnées au 8.2.2., sur la base des données soumises par l'Agence intermutualiste, sur la base de données liées à BelRAI (sous réserve de l'autorisation du Comité de la sécurité de l'information), le Comité d'accompagnement, composé de membres de la commission de conventions avec les infirmières, les maisons de repos pour personnes âgées et maisons de repos et de soins, de représentants du comité de l'assurance, au cours du premier trimestre de 2019, déterminent les critères selon lesquels les avantages de cette convention seront évalués.

L'évaluation sera réalisée par le Comité d'accompagnement, qui pourra être assisté à cet effet par des experts.

8.4. Evaluation et monitoring

Article 32) Les organismes assureurs vont monitorer ensemble les dispositions de cette convention.

Au cours de l'année 2022 au plus tard, une évaluation sera réalisée par le Comité d'accompagnement sur base des données des organismes assureurs. Cette évaluation portera au minimum sur :

- Rapport entre le nombre de prestations réalisées en présence du bénéficiaire et le nombre de prestations réalisées en son absence, par type de prestation
- Rapport entre le nombre de séances et le nombre de sessions de groupe, par type de prestation
- Rapport entre le nombre de prestations réalisées au cours d'une hospitalisation et le nombre de prestations réalisées lorsque le patient n'est pas hospitalisé
- Période au cours de laquelle la série de 122 unités de facturation, y compris le cas échéant la deuxième série de 61 unités de facturation, est réalisée
- Prestations réalisées en faveur de l'aidant proche lors de la '2^{ème} période' : après entrée du bénéficiaire en maison de repos ou après son décès.

A l'aide de l'évaluation en cours, le Comité d'accompagnement examinera également si les objectifs de la convention sont réalisés.

9. DISPOSITIONS ADMINISTRATIVES GÉNÉRALES

Article 33) § 1. Le Pouvoir organisateur du projet s'engage à créer toutes les conditions permettant à ce dernier de réaliser les prestations dans des conditions optimales et de respecter toutes les dispositions de la convention.

§ 2. Le Pouvoir organisateur du projet assume l'entière responsabilité de l'éventuel non-respect de dispositions de la présente convention et des conséquences, notamment financières, qui en résultent.

§ 3. Le Pouvoir organisateur du projet s'engage à informer chaque membre de l'équipe de toutes les dispositions de la convention, afin de lui permettre d'accomplir ses tâches conformément aux dispositions de la convention. A cet effet, le Pouvoir organisateur remet à chaque membre de l'équipe, le texte complet de la présente convention. Il conserve et tient à la disposition du Service des soins de santé de l'INAMI les accusés de réception signés par les membres de l'équipe.

10. DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Article 34) § 1. Les bénéficiaires ayant initié une première période de prise en charge dans une ou plusieurs prestations de base dans le cadre de la convention précédente (convention d'application avant la date d'entrée en vigueur de la présente convention) peuvent recevoir le nombre d'unités de facturation de la série 1 équivalent à la différence entre 122 unités de facturation et le nombre d'unités de facturation des prestations de base facturables déjà réalisés dans le cadre de la convention précédente. Ils peuvent par la suite, bénéficier d'une deuxième série de prestations, pour autant que les dispositions de l'article 10 §3 soient respectées.

Pour ces unités de facturation, les montants prévus par la présente convention peuvent être portés en compte à partir de la date d'entrée en vigueur de la présente convention.

§ 2. Les bénéficiaires ayant initié une seconde période de prise en charge dans une ou plusieurs prestations de base dans le cadre de la convention précédente peuvent recevoir un nombre d'unités de facturation équivalent à la différence entre 122 unités de facturation et le nombre d'unités de facturation des prestations de base facturables déjà réalisés dans le cadre de la convention précédente. Par la suite, ils ne peuvent plus bénéficier d'une deuxième série de prestations de 61 UF.

Pour ces unités de facturation, les montants prévus par la présente convention peuvent être portés en compte à partir de la date d'entrée en vigueur de la présente convention.

§ 3. Pour les bénéficiaires n'ayant pas initié de période de prise en charge dans le cadre de la convention précédente, l'ensemble des principes de la présente convention est d'application.

11. VALIDITÉ DE LA CONVENTION

Article 35) La présente convention, faite en deux exemplaires et dûment signée par les deux parties, produit ses effets du 01 mars 2021 au 31 décembre 2022 inclus. Toutefois, chacune des parties peut à tout moment la dénoncer au moyen d'un envoi recommandé envoyé à l'autre partie, moyennant le respect d'un délai de dénonciation de trois mois qui prend cours le premier jour du mois qui suit le date d'envoi du recommandé.

Au cas où la convention serait annulée pour non-respect des dispositions de cette convention, le projet aura dans tous les cas la possibilité de faire connaître au préalable ses arguments.

Fait à Bruxelles, le 22 février 2021 et signé électroniquement par :

Pour le projet,

Pour le Comité de l'assurance,
Le Fonctionnaire dirigeant,

(nom du responsable + signature)

Brieuc VAN DAMME
Directeur-général des soins de santé

Calcul de l'intervention de l'assurance

1. DONNÉES DE BASE

Jours de travail par an et par ETP

Année	Week-ends	Jours fériés	Jours de congé	Autres jours d'absence*	
365	104	12	24	15	210

* Comprend les jours au cours desquels la personne n'est pas disponible pour réaliser les prestations prévues par la convention, par exemple pour cause de maladie, de congés de circonstance, de formations...

Heures de travail par an et par ETP :

Jours/an	Heures/jour	Heures/an (a)
210	7,6	1.596

Masse salariale :

Fonction	Masse salariale (b)
Case manager*	66.825,78
Ergothérapeute**	57.742,04
Psychologue**	70.851,75

* Barèmes CP 330, pour 16 ans ancienneté, et cotisations patronales. A l'index au 1/1/2018

** Barèmes CP 330, pour 10 ans ancienneté, et cotisations patronales. A l'index au 1/1/2018

2. CALCUL DU MONTANT D'INTERVENTION DE L'ASSURANCE

Calcul du coût horaire

	Masse salariale (c) = (b) / (a)	Déplacements* (d) = (c) x 1,15	Total (f) = (c) + (d)
Case manager	41,87	6,28	48,15
Ergothérapeute	36,18	5,43	41,61
Psychologue	44,39	6,66	51,05
Ergothérapeute session de groupe	36,18	0	36,18
Psychologue session de groupe	44,39	0	44,39

* Masse salariale correspondant au temps de déplacement du personnel, au domicile des bénéficiaires, calculé de manière forfaitaire.

Coût des prestations :

a. Module d'admission

Fonction	Temps (en heures) (g)	Coût (h) = (f) x (g)	Prix au 1/1/2019 + 1,45%	Prix au 1/1/2020 + 1,95%	Prix au 1/1/2021 + 1,01%
Case manager & ergothérapeute	2	96,30			
Psychologue	0,5	25,53			
Total		121,83	123,60	126,01	127,28

b. Séances, sessions de groupe et prestations de support : montant de l'unité de facturation

Fonction	Montant (i) = (f) / 2	Prix au 1/1/2019 + 1,45%	Prix au 1/1/2020 + 1,95%	Prix au 1/1/2021 + 1,01%
Case manager	24,08	24,42	24,90	25,15
Ergothérapeute	20,80	21,10	21,51	21,73
Psychologue	25,53	25,90	26,41	26,68
Ergothérapeute session de groupe	18,09	18,35	18,71	18,90
Psychologue session de groupe	22,20	22,52	22,96	23,19

De gedeelten die de alternatieve verstrekkingen (dus niet alle projecten) betrekken worden in het grijs gemarkeerd.

RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING

Openbare instelling opgericht bij de wet van 9 augustus 1963
GALILEELAAN 5/01 – 1210 Brussel

Dienst voor Geneeskundige Verzorging

OVEREENKOMST

**TUSSEN HET COMITÉ VAN DE VERZEKERING VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING
VAN HET RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING**

EN « ... »,

**VOOR HET PROJECT TER ONDERSTEUNING VAN PERSONEN
MET COMPLEXE ZORG- EN HULPBEHOEFTE**

« ... » te « ... »

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, meer bepaald de artikelen 22, 6° en 23, § 3;

Op voorstel van de Overeenkomstencommissies Verpleegkundigen - Verzekeringsinstellingen en RVT/ROB – verzekeringsinstellingen,

wordt overeengekomen wat volgt tussen,

enerzijds, het Comité van de Verzekering voor Geneeskundige Verzorging, ingesteld bij de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering,

en anderzijds de/het « ... », voor het ondersteuningsproject voor personen met complexe zorg- en hulpbehoeften « ... », te « ... ».

1. INLEIDING

In deze overeenkomst worden de voorwaarden vastgelegd voor de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van ondersteunende verstrekkingen voor personen met complexe zorgbehoeften. De verzekeringstegemoetkoming wordt toegekend voor verstrekkingen verleend aan personen, de rechthebbenden van de overeenkomst genaamd, die hun autonomie zijn verloren wegens chronische aandoeningen die complexe zorg vereisen die op geen enkele andere manier door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging wordt vergoed en die met name noodzakelijk is om de levenskwaliteit van de persoon te verhogen, om de verlening van nuttige en kwaliteitsvolle zorg te gelegener tijd te garanderen door zo goed mogelijk gebruik te maken van de beschikbare middelen en om de noodzakelijke huisvesting van de persoon in een rustoord voor bejaarden of een rust- en verzorgingstehuis zo lang mogelijk uit te stellen of te vermijden.

Deze overeenkomst wordt enkel gesloten met de instellingen/diensten die zijn toegetreden tot de overeenkomst ter ondersteuning van personen met complexe zorg- en hulpbehoeften met het Verzekeringscomité, die wordt beëindigd op 28 februari 2021.

De verstrekkingen waarin in deze overeenkomst wordt voorzien, behoren tot het globaal zorgprogramma dat aan de rechthebbende en zijn mantelzorger wordt verstrekt⁴ door het volledige zorgnetwerk dat rond hen is opgebouwd.

In deze overeenkomst wordt onder "zorg" verstaan elke type van zorg- en hulpverlening, ondersteuning en diensten voor ouderen met verlies van autonomie, behalve in geval van uitdrukkelijke beperking tot de geneeskundige verzorging. Onder "zorgteam" wordt verstaan elke individuele zorg- en hulpverlener die actief betrokken is bij de zorg- en hulpverlening van een rechthebbende.

2. INHOUDSTAFEL

1.	INLEIDING	1
2.	INHOUDSTAFEL	2
3.	RECHTHEBBENDEN VAN DE VERSTREKKINGEN	3
4.	DOELSTELLINGEN VAN DE VERSTREKKINGEN	4
5.	AARD VAN DE VERSTREKKINGEN	4
5.1.	Definitie van de verstrekkingen	4
5.2.	Verlening van de verstrekkingen	7
5.2.1.	Algemene bepalingen – periode waarin de verstrekkingen worden verleend	7
5.2.2.	Aantallen vergoedbare verstrekkingen	8
5.2.3.	Bepalingen betreffende de "zorgcoördinatie" en de "casemanager"	10
5.2.4.	Bepalingen betreffende de "ergotherapeutische follow-up"	11
5.2.5.	Bepalingen betreffende de "psychologische follow-up"	12
6.	DOOR DE OVEREENKOMST GEFINANCIERDE FUNCTIES	12
7.	VERZEKERINGSTEGEMOETKOMING IN DE KOSTEN VAN DE VERSTREKKINGEN	13
7.1.	Beginnelen	13
7.2.	Bedragen van de verzekeringstegemoetkoming	14
7.3.	Maximumaantallen vergoedbare verstrekkingen	15
7.4.	Facturatievoorwaarden voor de verstrekkingen	16
7.5.	Cumulatieregels	16
8.	GEGEVENSBEHEER EN EVALUATIEPROCEDURE	17
8.1.	Individueel patiëntendossier	17
8.2.	Informatie over de toepassing van de overeenkomst	17
8.2.1.	Informatie bedoeld voor de rechthebbenden	17
8.2.2.	Informatie bedoeld voor het RIZIV en de verzekeringsinstellingen	18
8.3.	Evaluatieprocedure	18
8.4.	Evaluatie en monitoring	19
9.	ALGEMENE ADMINISTRATIEVE BEPALINGEN	19
10.	OVERGANGSMAATREGELEN	19
11.	GELDIGHEIDSTERMIJN VAN DE OVEREENKOMST	20

⁴ Onder "mantelzorger" wordt verstaan, de "mantelzorger" of de "informele mantelzorger" van de rechthebbende.

3. RECHTHEBBENDEN VAN DE VERSTREKKINGEN

Artikel 32) Elke rechthebbende, bedoeld in deze overeenkomst, is een rechthebbende van de verzekering voor geneeskundige verzorging die voldoet aan de volgende voorwaarden⁵, bij aanvang van de periode voor het uitvoeren van de verstrekkingen:

1. Hij/zij is minstens 60 jaar oud

en/of heeft een gespecialiseerd diagnostisch bilan voor dementie. De diagnose dementie moet worden gesteld door een geneesheer-specialist overeenkomstig de volgende verstrekkingen:
 -102933 (Gespecialiseerd diagnostisch bilan voor dementie uitgevoerd door een arts-specialist in de neurologie, in de psychiatrie of in de geriatrie, met schriftelijk verslag)
 -102992 (Gespecialiseerd diagnostisch bilan voor dementie uitgevoerd door een geaccrediteerde arts-specialist in de neurologie, in de psychiatrie of in de geriatrie, met schriftelijk verslag).

Een afwijking op de leeftijd wordt toegekend voor de zorgvragers die aan een chronische en degeneratieve aandoening lijden zoals MS, ziekte van Parkinson, CVA, dementie, ziekte van Alzheimer, ... of andere aandoeningen die zwaar invaliderend zijn en een vroegtijdige opname in een residentiële setting tot gevolg kunnen hebben. Het aantal zorgvragers dat tot deze doelgroep behoort, wordt beperkt tot 15% van het totaal aantal geïnccludeerde zorgvragers.

2. Hij voldoet aan de volgende bijzondere voorwaarden, in functie van de gewenste verstrekkingen.

2.1. *Casemanagement*. Er is aan de volgende drie voorwaarden voldaan:

2.1.1. Hij heeft een IADL-score van ≥ 3 .

2.1.2. De organisatie van de zorg voor de rechthebbende is weinig efficiënt omdat de rechthebbende en zijn mantelzorger niet in staat zijn om zichzelf optimaal te vertegenwoordigen (als gevolg van een verlies van de beslissingsautonomie, de complexiteit van de nodige zorg, of problemen in het zorgnetwerk) en omdat de functie voor de coördinatie van de zorg- en hulpverlening (artikel 11)) tijdelijk niet is ingevuld.

2.1.3. De rechthebbende vertoont een neurodegeneratieve ziekte en/of beperkingen van de globale vermogens gekenmerkt door een ADL-score ≥ 3 en/of CPS-score ≥ 3 .

2.2. *Ergotherapeutische follow-up*. De rechthebbende voldoet aan de volgende twee voorwaarden:

2.2.1. Hij heeft een IADL-score van ≥ 3 en/of een CPS2-score van ≥ 2 en/of een ADL-score van ≥ 3

2.2.2. Hij voldoet aan minstens één van de volgende twee voorwaarden:

2.2.2.1. Hij vertoont een verhoogd valrisico, dat wordt geobjectiveerd door minstens één val gedurende de laatste 30 dagen.⁶

2.2.2.2. Zijn woon- of verblijfplaats moet worden aangepast om zijn autonomie en zijn veiligheid te verhogen, en hij is in staat en wenst daar gedurende minstens 6 maanden te verblijven vanaf het begin van de periode.

⁵ In de tekst van die voorwaarden verwijzen de acroniemen naar de volgende schalen van de BelRAI Screener en de BelRAI HC:

- ADL: G1-schaal - Performance en bekwaamheid om de instrumentele activiteiten van het dagelijks leven uit te voeren.
- ADL: G2-schaal - Performance om de activiteiten van het dagelijks leven uit te voeren.
- CPS [cognitive performance scale]: module 3, schalen M3.1 tot M3.4 - Cognitieve stoornissen.
- CPS2 [cognitive performance scale 2]
- Psychische problemen
- Gedragsproblemen

⁶ Zie BelRAI HC, sectie J, vraag 2, voor de definitie van dit item.

2.3. *Psychologische follow-up.* De rechthebbende voldoet aan de volgende twee voorwaarden:

2.3.1. Hij heeft een IADL-score van ≥ 3 en/of een score op de schaal 'Psychische problemen' van $\geq 1,5$ en/of scoort positief (≥ 1) op minimaal 1 van de laatste 5 items van de schaal 'Gedragsproblemen' (BelRAI screener).

2.3.2. Hij voldoet aan minstens één van de volgende twee voorwaarden:

2.3.2.1. Hijzelf of zijn mantelzorgverzorger vraagt om een psychologische follow-up te genieten.

2.3.2.2. Hij weigert de hem voorgeschreven zorg die nodig is voor het behoud van zijn fysieke en/of mentale integriteit.

2.4. *Groepssessie mantelzorgers.* Er is aan de volgende drie voorwaarden voldaan:

2.4.1. De rechthebbende heeft een IADL-score van ≥ 3 .

2.4.2. De rechthebbende heeft een gespecialiseerd diagnostisch bilan voor dementie. De diagnose dementie moet worden gesteld door een geneesheer-specialist overeenkomstig de volgende verstrekkingen:

- 102933 (Gespecialiseerd diagnostisch bilan voor dementie uitgevoerd door een geneesheer-specialist in de neurologie, in de psychiatrie of in de geriatrie, met schriftelijk verslag)
- 102992 (Gespecialiseerd diagnostisch bilan voor dementie uitgevoerd door een geaccrediteerde geneesheer-specialist in de neurologie, in de psychiatrie of in de geriatrie, met schriftelijk verslag)

2.4.3. De rechthebbende voldoet aan de voorwaarden 2.1., 2.2. of 2.3.

2.5. *Nachtcontrolebezoeken.* De rechthebbende heeft een IADL-score van ≥ 3 .

2.6. *Zorgeducatie van de rechthebbende.* De rechthebbende heeft een IADL-score van ≥ 3 .

4. DOELSTELLINGEN VAN DE VERSTREKKINGEN

Artikel 33) De verstrekkingen die aan een rechthebbende worden verleend met toepassing van deze overeenkomst, beogen de volgende doelstellingen:

1. Zijn autonomie verhogen of stabiliseren, of het verlies ervan vertragen.
2. Zijn levenskwaliteit en die van zijn mantelzorgverzorger verhogen of stabiliseren, of daarvan het verlies vertragen.
3. Garanderen dat alle nuttige zorg op het gepaste tijdstip wordt verleend;
4. Vermijden dat inadequate zorg wordt verleend (vermijdbare verpleegkundige verzorging, verzorging door een arts met wachtdienst of op een spoeddienst, vermijdbare ziekenhuisopnames...);
5. Vermijden van crisissituaties.

De verstrekkingen zorgen er aldus voor dat sommige rechthebbenden langer thuis of bij een naaste kunnen wonen, buiten een institutionele omgeving, zoals een verzorgingsinstelling of een rustoord.

Voor een rechthebbende voor wie definitieve institutionalisering tijdens de periode waarin de verstrekkingen worden verleend, noodzakelijk wordt, kunnen die verstrekkingen tot doel hebben die institutionalisering voor te bereiden, in overleg met de mantelzorgverzorger van de rechthebbende en de zorgverleners van het netwerk.

5. AARD VAN DE VERSTREKKINGEN

5.1. Definitie van de verstrekkingen

Artikel 34) De verstrekkingen waarin in deze overeenkomst wordt voorzien, worden uitgesplitst, volgens hun type, in :

- de *initiële module*,
- in *casemanagement*,
- in *ergotherapie*,
- in *psychologische follow-up*, en
- in *groepssessie mantelzorgers*
- in *nachtcontrolebezoek*
- in *zorgeducatie van de rechthebbende*.

Voor casemanagement worden ze uitgesplitst, volgens de aard van de gepresteerde handelingen :

- in *zittingen* (handelingen die in aanwezigheid van de rechthebbende en/of zijn mantelzorger worden verricht) en
- in *ondersteunende handelingen* (handelingen die in hun afwezigheid worden verricht).

Voor ergotherapie en psychologische follow-up worden ze uitgesplitst, volgens de aard van de gepresteerde handelingen :

- in *zittingen* (handelingen die in aanwezigheid van de rechthebbende en/of zijn mantelzorger worden verricht)
- in *groepssessies* (handelingen die in aanwezigheid van meerdere rechthebbenden en/of hun mantelzorgers worden verricht), en
- in *ondersteunende handelingen* (handelingen die in hun afwezigheid worden verricht).

Voor de groepssessie mantelzorgers worden ze enkel georganiseerd *in groepssessies* in aanwezigheid van meerdere rechthebbenden en/of hun mantelzorgers.

Het nachtcontrolebezoek bestaat uitsluitend uit zittingen (handelingen in aanwezigheid van de rechthebbende en/of zijn mantelzorger).

Voor de zorgeducatie van de rechthebbende zijn er enkel zittingen voorzien.

Tabel 1: Verstrekkingen van de overeenkomst

Initiële module			
	In aanwezigheid van de rechthebbende en/of zijn mantelzorger	<i>In aanwezigheid van meerdere rechthebbenden en/of hun mantelzorgers</i>	In afwezigheid van de rechthebbende en zijn mantelzorger
Casemanagement	Zitting casemanagement	/	Ondersteuning van het casemanagement
Ergotherapie	Zitting ergotherapie	<i>Groepssessie ergotherapie</i>	Ondersteuning van de ergotherapie
Psychologische follow-up	Zitting psychologische follow-up	<i>Groepssessie psychologische follow-up</i>	Ondersteuning van de psychologische follow-up
Groepssessie mantelzorgers	/	Groepssessie mantelzorgers	/
<i>Nachtcontrolebezoek</i>	<i>Zitting nachtcontrolebezoek</i>	/	/
Zorgeducatie	Zitting zorgeducatie rechthebbende	/	/

Artikel 35) De initiële module is factureerbaar als de persoon beantwoordt aan de voorwaarden voor de tegemoetkoming van casemanagement, ergotherapie en/of psychologische follow-up zoals deze zijn omschreven in artikel 1 en indien de volgende acties zijn uitgevoerd.

Acties binnen de initiële module:

- De verzameling van relevante informatie bij de rechthebbende, zijn mantelzorger, zijn zorgverleners, zijn eventuele zorgcoördinator en ontslagmanager, ..., met inbegrip van de bewijzen dat hij beantwoordt aan de definitie van de rechthebbenden voor de gewenste verstrekkingen, alsook de informatie die afkomstig is van het patiëntendossier en van de geschikte computertools, zoals de formulieren en schalen van alle secties van de BelRAI-HC en de informatie die in een of meerdere vooraf opgestelde zorgplannen is opgenomen.
- De voorbereidende handelingen die noodzakelijk zijn voor het uitvoeren van de verstrekkingen die in de overeenkomst zijn opgenomen ten behoeve van een rechthebbende die voldoet aan de voorwaarden van artikel 1).
- De uitleg en het invullen van het formulier van geïnformeerde instemming waarmee de rechthebbende en desgevallend zijn mantelzorger hun akkoord geven voor het gebruik van de geanonimiseerde persoonsgegevens in de evaluatieprocedure bedoeld in punt 8.3. De verstrekkingen die in deze overeenkomst zijn opgenomen, komen uitsluitend in aanmerking voor een verzekeringstegemoetkoming als de rechthebbende en desgevallend zijn mantelzorger hun akkoord geven en het formulier van geïnformeerde instemming invullen.

Artikel 36) De activiteiten die in aanwezigheid van de rechthebbende en/of zijn mantelzorger worden gerealiseerd, worden *zittingen casemanagement*, *zittingen ergotherapie* en *zittingen psychologische follow-up en zittingen nachtcontrolebezoek* en *zittingen zorgeducatie van de rechthebbende genoemd*.

Ze zijn realiseerbaar en factureerbaar per eenheid van 30 minuten, met een minimum van 2 eenheden en een maximum van 4 eenheden in de loop van dezelfde dag, zodat een zitting één, anderhalf uur of twee uren duurt en telt voor 2, 3 of 4 facturatie-eenheden.

De zittingen nachtcontrolebezoek zijn realiseerbaar en factureerbaar per eenheid van 20 minuten, met een minimum van 1 eenheid en een maximum van 3 eenheden in de loop van de periode tussen 22u 's avonds en 6u 's anderdaags.

Elke zitting vereist de aanwezigheid, gedurende de totale duur, van minstens één zorgverlener, bedoeld in artikel 15), bij één rechthebbende en/of zijn mantelzorger. De zitting wordt nooit in de vorm van groepszittingen verleend aan meerdere rechthebbenden of bij naasten van meerdere rechthebbenden tegelijkertijd.

De zitting vindt plaats bij de rechthebbende, de mantelzorger of bij een naaste thuis. Uitzonderlijk kunnen een enkele zitting ergotherapie, een enkele zitting psychologische follow-up en twee zittingen casemanagement per periode (artikel 9)) plaatsvinden in het ziekenhuis waar de rechthebbende is opgenomen, als aan de voorwaarden zoals bepaald in artikel 26, punt 6, werd voldaan.

De activiteiten die in aanwezigheid van meerdere rechthebbenden en/of mantelzorgers worden gerealiseerd, worden *groepssessies mantelzorgers*, *groepssessies ergotherapie* en *groepssessies psychologische follow-up* genoemd.

De groepssessies ergotherapie en de groepssessies psychologische follow-up worden voor minimaal 4 en maximaal 8 deelnemers georganiseerd. Ze zijn realiseerbaar en factureerbaar per eenheid van 30 minuten per deelnemer in de loop van dezelfde dag, zodat een sessie voor

4 tot 8 facturatie-eenheden telt, in functie van het aantal deelnemers. Elke groepssessie vereist de aanwezigheid, gedurende de totale duur, van minstens één zorgverlener, bedoeld in artikel 15).

De groepssessies mantelzorgers worden voor minimaal 5 en maximaal 10 deelnemers georganiseerd. Ze zijn realiseerbaar en factureerbaar per eenheid van 30 minuten, met een aantal van minstens 4 eenheden in de loop van dezelfde dag en waarvoor maximum 4 facturatie-eenheden kunnen aangerekend worden. Elke groepssessie vereist de aanwezigheid, gedurende de totale duur, van minstens één zorgverlener, bedoeld in artikel 14)bis.

De groepssessie vindt plaats in een gemeenschappelijke ruimte (lokaal dienstencentrum, buurthuis, WZC...).

Wegens de Covid-19-crisis, mogen de zittingen *casemanagement en psychologische follow-up*, op afstand verricht worden, door middel van telefoongesprekken, videocommunicaties of beeldbellen. Deze maatregelen zijn van toepassing tot de door de Koning te bepalen einddatums van de in artikel 9, §§ 2 en 3, van het Koninklijk besluit nr. 20 van 13 mei 2020 houdende tijdelijke maatregelen in de strijd tegen de COVID-19 pandemie en ter verzekering van de continuïteit van zorg in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, voorziene zittingen door videocommunicatie van kinder- en jeugdpsychiaters enerzijds en anderzijds psychiaters.

De volgende principes zijn van toepassing voor de verstrekkingen op afstand :

- De rechthebbende en/of zijn mantelzorger moet voorafgaand zijn toestemming hebben geven voor zorg op afstand ;
- De zorgverlener dient zich ervan vergewissen dat de rechthebbende en/of zijn mantelzorger fysiek en mentaal in staat is om die zorg op afstand te krijgen ;
- De zorgverlener dient communicatiemiddelen voor zorg op afstand gebruiken, die deze minimale voorwaarden en gebruiksregels voor veilige communicatie garanderen:
<https://www.ehealth.fgov.be/nl/egezondheid/task-force-data-technology-against-covid-19/goede-praktijken-inzake-platformen-voor-zorg-op-afstand-geformuleerd-door-het-informatieveilighedscomite>
- De zorgverlener dient deze interventies per telefoon of videoconsultaties en de duur ervan in het patiëntendossier registreren.

Het geheel van de andere modaliteiten van deze verstrekkingen blijven van toepassing. In het bijzonder blijven de tarieven, de duren en de pseudocodes ongewijzigd.

Artikel 37) De activiteiten die worden gerealiseerd in afwezigheid van de rechthebbende en zijn mantelzorger en die gekoppeld zijn aan de realisatie van de zittingen, worden *ondersteuning van het casemanagement, ondersteuning van de ergotherapie en ondersteuning van de psychologische follow-up* genoemd.

Ze zijn factureerbaar per eenheid van 30 minuten.

Alleen de handelingen die ten behoeve van een rechthebbende of zijn mantelzorger worden gerealiseerd en rechtstreeks gekoppeld zijn aan de doelstellingen bedoeld in artikel 2), kunnen als ondersteunende verstrekking in aanmerking worden genomen. Handelingen zoals de deelname aan opleidingen, conferenties, interne vergaderingen over administratieve, logistieke of organisatorische aangelegenheden... mogen niet als afzonderlijke verstrekkingen worden gefactureerd; ze worden forfaitair in aanmerking genomen in de honoraria van de verstrekkingen zoals bepaald in artikel 21. Ook de verplaatsingen van de zorgverleners mogen niet als afzonderlijke verstrekkingen worden gefactureerd; ze worden forfaitair in aanmerking genomen in de honoraria van de verstrekkingen zoals bepaald in artikel 21.

De zorgverlener die een handeling verricht die als ondersteunende verstrekking in aanmerking wordt genomen, vermeldt in een het patiëntdossier het begin- en einduur en een omschrijving van de handeling. Voor elk contact met een persoon van het zorgteam worden de naam, de functie van die persoon en de aard van het contact vermeld (afspraak, telefoongesprek, e-mail,...). Het niet nakomen van die verplichting kan aanleiding geven tot de terugvordering van de verzekeringstegemoetkoming voor non-conforme verstrekkingen.

5.2. Verlening van de verstrekkingen

11.1.1. 5.2.1. Algemene bepalingen – periode waarin de verstrekkingen worden verleend

Artikel 38) De verstrekkingen die in de overeenkomst zijn opgenomen, maken integrerend deel uit van het globaal zorgprogramma dat aan de rechthebbende en zijn mantelzorger wordt verstrekt door het volledige zorgteam dat rond hen is opgebouwd. Ze vormen in dit programma een gecoördineerd geheel van handelingen die ten behoeve van een rechthebbende (artikel 1)) en zijn mantelzorger worden verricht en die aangepast zijn aan hun situatie en die nodig zijn om de doelstellingen omschreven in artikel 2) te bereiken. Die handelingen worden verricht in de vorm van een initiële module, zittingen, groepssessies en ondersteunende verstrekkingen (artikelen 3) tot 6)), door de zorgverleners bedoeld in artikel 15), in de loop van de periodes waarvan de duur is vastgelegd (artikel 9)).

Als sommige van die opdrachten tot de wettelijke opdrachten van een dienst of van een instelling behoren, vervult het project die opdrachten in overleg met die dienst of die instelling. Indien ze reeds tot de wettelijke opdracht behoren van een dienst of instelling en indien deze opdrachten in dat kader zijn gefinancierd, zijn de tegemoetkomingen die in deze overeenkomst zijn voorzien, niet verschuldigd (zie ook artikel 20).

Artikel 39) § 1. De beslissing om verstrekkingen aan een rechthebbende te verlenen, is een proces dat bestaat uit alle onderstaande stappen, in een volgorde die bepaald wordt door de situatie :

1. het verzoek of het akkoord van de patiënt en/of zijn mantelzorger.
2. De identificatie van de huisarts van de patiënt, als referentiepersoon in de zorgorganisatie, en meer specifiek de gezondheidszorg. Indien de patiënt niet beschikt over een huisarts, nodigt het project hem uit een huisarts aan te duiden. Ingeval van onmogelijkheid of bij weigering zal een andere arts, die de patiënt op regelmatige basis opvolgt, de functie van huisarts op zich nemen in het kader van deze overeenkomst. Het project noteert in het patiëntendossier de redenen van afwezigheid van de huisarts (artikel 27).
3. De organisatie door het project van minstens 1 multidisciplinair overleg tussen de acteurs van het zorgteam dat rond de patiënt is opgebouwd, waarbij zijn huisarts en zijn verpleegkundige steeds uitgenodigd worden teneinde te kunnen evalueren – in overleg met het zorgteam – of er al dan niet een medische of verpleegkundige indicatie is die er toe noopt het casemanagement door een huisarts of een (thuis)verpleegkundige te doen opnemen.
4. Ingevolge het overleg zoals hiervoor bedoeld: het voorschrijven van de verstrekkingen die in deze overeenkomst zijn voorzien door de huisarts van de patiënt, met uitzondering van het casemanagement en de groepssessies mantelzorgers en de nachtcontrolebezoeken en de zorgeducatie van de rechthebbende.
5. De verificatie door de huisarts of door het zorgcoördinator van project van:
 - het feit dat de patiënt voldoet aan de voorwaarden zoals die zijn vastgesteld in de definitie van de rechthebbenden (artikel 1), voor de beoogde verstrekkingen (verificatie door middel van de BelRAI screener, voor wat de voorwaarden 1 en 2.1 tot 2.3 in het artikel 1 betreft).
 - het feit dat die verstrekkingen tegemoetkomen aan een behoefte en dat ze de situatie van de patiënt en/of zijn mantelzorger significant kunnen verbeteren of stabiliseren.

§ 2. Bij inclusie van de rechthebbende in het project worden de documenten die gebruikt en opgemaakt worden tijdens het aanmeldingsproces toegevoegd aan het patiëntendossier bedoeld in artikel 27. Meer bepaald de vraag of het akkoord van de patiënt en/of zijn mantelzorg, het voorschrift van de huisarts en, bij afwezigheid van de huisarts, een verklaring voor deze afwezigheid.

Artikel 40) § 1. De periode waarin de factureerbare verstrekkingen voor een rechthebbende mogen worden gerealiseerd, duurt maximaal 3 jaar. De periode vangt aan op de datum van de 1^{ste} factureerbare verstrekking die in de loop van die periode voor die rechthebbende wordt gerealiseerd.

Er mag slechts een enkele periode voor eenzelfde rechthebbende worden gerealiseerd.

De periode waarin de verstrekking nachtcontrolebezoek voor een rechthebbende mag worden gerealiseerd, is onbeperkt.

§ 2. In geval van opname van de rechthebbende in een rustoord of van overlijden van de rechthebbende, wordt de periode voor het uitvoeren van de verstrekkingen vermeld in §1 (hierna 'periode 1') afgesloten. Uitzonderlijk en ter ondersteuning van de mantelzorg en voor zover er voor die rechthebbende reeds factureerbare verstrekkingen in het kader van de huidige overeenkomst zijn verricht, kunnen een beperkt aantal bijkomende verstrekkingen gerealiseerd worden gedurende een tweede periode (hierna 'periode 2') van 30 kalenderdagen, beginnend de dag volgend op de dag van opname in het rustoord of van het overlijden van de rechthebbende. Deze verstrekkingen worden aangerekend op naam van de rechthebbende.

11.1.2. 5.2.2. Aantallen vergoedbare verstrekkingen

Artikel 41) § 1. Een rechthebbende kan een verzekeringstegemoetkoming krijgen voor één enkele initiële module (artikel 4)), ook al krijgt hij verschillende types van verstrekkingen en als ze door verschillende geconventioneerde projecten worden verleend.

§ 2. Voor de andere verstrekkingen bedraagt het maximum aantal vergoedbare facturatie-eenheden (van een half uur - artikel 5)) per rechthebbende in de loop van een periode (artikel 9))122 eenheden in totaal (hierna serie 1). Deze 122 facturatie-eenheden worden door het project verdeeld in functie van de noden van de rechthebbende en zijn mantelzorg tussen de verschillende types basisverstrekkingen, altijd rekening houdend met de in artikel 1 vermelde voorwaarden. Per 122 eenheden kunnen er maximaal 50 eenheden aan groepssessies besteed worden.

1. Voorwaarden van *casemanagement*:
Per serie van 122 facturatie-eenheden bestaande uit een onderdeel casemanagement, worden minstens 4 eenheden aan zittingen besteed.
2. Voorwaarden van het onderdeel *ergotherapeutische follow-up*:
Per serie van 122 facturatie-eenheden bestaande uit een onderdeel ergotherapie, worden minstens 60 % aan zittingen of groepssessies besteed.
3. Voorwaarden van het onderdeel *psychologische follow-up* :
Per serie van 122 facturatie-eenheden bestaande uit een onderdeel psychologische follow-up, worden minstens 60 % aan zittingen besteed.

§ 3. Er mag slechts een enkele serie van 122 facturatie-eenheden voor eenzelfde rechthebbende worden gerealiseerd. De rechthebbende kan echter uitzonderlijk een tweede serie van verstrekkingen krijgen, beperkt tot 61 facturatie-eenheden, na overleg tussen de zorgverleners van het zorgteam, zoals bepaald in artikel 8, punt 3) als hij nog steeds voldoet aan de criteria zoals bedoeld in artikel 1 en als een nieuwe gebeurtenis (voorbeelden: na een hospitalisatie, n.a.v. een

valincident met verwikkelingen, de mantelzorger die zijn rol niet meer kan vervullen, ...) de vaststelling van een 2^{de} serie van facturatie-eenheden rechtvaardigt. In de loop van een kalenderjaar overschrijdt het aantal rechthebbenden dat een 2^{de} serie van facturatie-eenheden krijgt, niet meer dan 30% van het totale aantal rechthebbenden dat met een 1^{ste} serie is gestart. De verstrekkingen die boven die limiet worden verricht, zijn niet factureerbaar.

De voorwaarden van de verstrekkingen vermeld in §2 met betrekking tot de minimale proportie van zittingen en groepssessies zijn ook geldig voor de 2^{de} serie van facturatie-eenheden. Per 2^{de} serie van 61 eenheden kunnen er maximaal 25 eenheden aan groepssessies besteed worden.

Voor eenzelfde rechthebbende, moet de totaliteit van deze facturatie-eenheden (1^{ste} serie van 122 en, desgevallend, 2^{de} van 61) tijdens de in artikel 9 gedefinieerde periode gerealiseerd worden.

§4. In geval van residentiële opname of overlijden van de rechthebbende, kan een bijkomende serie (afsluitingsserie) van maximaal 10 facturatie-eenheden (zitting of ondersteuning basisverstrekking) voor deze rechthebbende gerealiseerd worden, tijdens een tweede periode zoals bedoeld in artikel 9, §2, beginnend op de dag volgend op de opname in het rustoord of op de dag van overlijden.

Tabel 2: Aantallen facturatie-eenheden van basisverstrekkingen per rechthebbende

PERIODE 1 (3 jaar)	Gemiddeld maximaal aantal factureerbare eenheden	Minimum aantal eenheden die aan zittingen en groepssessies (desgevallend) zijn besteed
Casemanagement	x	4 EF
Ergotherapie	y	60 %
Psychologische follow-up	z	60 %
		Maximaal aantal eenheden die aan groepssessies zijn besteed
Serie 1	$x + y + z \leq 122$	50
Serie 2	$x + y + z \leq 61$	25
PERIODE 2 (30 dagen na overlijden of residentiële opname)		
Afsluitingsserie	$X + y + z \leq 10$	-

§ 5. In geval van overschrijding van de maximaal aantallen van de factureerbare eenheden betaalt het project het aantal overschreden verstrekkingen aan het Riziv terug.

§ 6. Voorwaarden van het onderdeel groepssessie mantelzorgers:
Er mag slechts een enkele serie van 80 facturatie-eenheden voor eenzelfde rechthebbende worden gerealiseerd. De verstrekkingen verricht boven deze limiet zijn niet factureerbaar.

§ 7. Voorwaarden van het onderdeel zorgeducatie van de rechthebbende:

Er mag slechts een enkele serie van 32 facturatie-eenheden voor eenzelfde rechthebbende worden gerealiseerd. De verstrekkingen verricht boven deze limiet zijn niet factureerbaar.

11.1.3. 5.2.3. Bepalingen betreffende de "zorgcoördinatie" en de "casemanager"

Artikel 42) De zorgcoördinatie wordt gedefinieerd als een samenwerkingsproces van zowel zorg- als hulpverleners op het vlak van evaluatie, planning, coördinatie en advies dat ervoor moet zorgen dat de opties en de diensten tegemoetkomen aan de zorgbehoeften van de persoon en zijn omgeving door via communicatie en beschikbare middelen zoveel mogelijk kwalitatieve en kostenefficiënte resultaten te boeken.

Het proces van de zorgcoördinatie wordt gedefinieerd door het geheel van activiteiten die erin bestaan:

1. De zorgdoelstellingen en een zorgplan voor de rechthebbende op te stellen die het volgende omvatten:
 - a) het globaal bilan van de situatie van de rechthebbenden en zijn mantelzorgers vanuit fysiek, psychologisch, functioneel, sociaal en materieel oogpunt, waarbij gebruik wordt gemaakt van de bestaande instrumenten (BelRAI) en rekening wordt gehouden met de levensdoelen van de rechthebbende,
 - b) de inventaris van de zorgbehoeften van de rechthebbende en de wensen die hijzelf en zijn mantelzorger daarover hebben,
 - c) het overzicht van de middelen waarmee adequaat aan die behoeften en wensen kan worden voldaan,
 - d) de keuze van de zorgverleners die de adequate zorg zullen verlenen,
 - e) de praktische organisatie van die zorg.
2. Erop toezien dat dit plan wordt uitgevoerd en de zorg coördineren om te garanderen dat die ononderbroken wordt verleend en goed in het dagelijkse leven van de rechthebbende en zijn mantelzorger wordt geïntegreerd.
3. De belangen van de rechthebbende en zijn mantelzorger verdedigen in elke zorgsituatie die dat vereist.
4. De verkregen resultaten evalueren en het zorgplan, indien nodig, aanpassen.

Artikel 43) § 1. De overeenkomst dekt de specifieke verstrekkingen van een casemanager die tijdelijk de volgende opdrachten bij de rechthebbenden en zijn mantelzorger vervult:

1. Hij ziet erop toe dat er een globaal bilan van de situatie wordt opgesteld aan het begin van de interventieperiode en dat de BelRAI-HC wordt aangevuld.
2. Hij ziet erop toe dat de functie van zorgcoördinatie zoals bedoeld in artikel 11) wordt uitgeoefend. Hij kan die functie tijdelijk op zich nemen tot het moment waarop de bevoegde zorgverleners van het zorgteam het overnemen. Gedurende die tijd behoudt hij zijn rol van raadgever, bemiddelaar, vertegenwoordiger van de belangen van de rechthebbende en van zijn mantelzorger. Hij is dus de contactpersoon voor de rechthebbende, zijn mantelzorger en de andere componenten van het zorgnetwerk. Alle beslissingen worden echter genomen in overleg met de rechthebbende, de mantelzorger en de zorgverleners van het zorgteam.
3. Hij informeert de rechthebbende en zijn mantelzorger en adviseert hen zodat ze zelf zo veel mogelijk hun zorgprogramma kunnen beheren.
4. Binnen de grenzen van zijn wettelijke bevoegdheden, in overleg met de huisarts en met het zorgteam ziet hij erop toe dat het zorgplan wordt opgesteld en dat het zo goed mogelijk aansluit bij het dagelijkse leven van de rechthebbende. Indien nodig kan hij zich belasten met de coördinatie van het zorgplan, tot het moment waarop de bevoegde zorgverleners van het zorgteam in staat zijn om deze missie over te nemen.
5. Hij anticipeert op of identificeert crisissituaties die ertoe kunnen leiden dat van vermijdbare zorg gebruik wordt gemaakt; hij neemt maatregelen om dergelijke situaties te voorkomen of op te lossen.

6. Aan het einde van elke interventieperiode van maximaal 6 maanden beoordeelt hij de resultaten in overleg met de andere zorgverleners van het zorgprogramma, op basis van de BelRAI-HC, eventueel aangevuld met elk ander relevant(e) instrument of bron van evaluatie.
7. Hij documenteert die resultaten in het dossier van de rechthebbende en deelt ze met respect voor het beroepsgeheim.
8. Hij ziet erop toe dat het zorgplan wordt aangepast op basis van die resultaten.
9. Hij bereidt het einde van zijn interventie voor; hij licht de modaliteiten van de zorgcoördinatie toe na afloop van de interventieperiode.

§ 2. De keuze voor de meest geschikte casemanager hangt af van de noden van de patiënt die zijn vastgesteld naar aanleiding van het proces dat wordt doorlopen zoals bedoeld in artikel 8. De casemanager wordt aangeduid, in overleg tussen de voornaamste verstrekkers van het zorgteam rond de rechthebbende, waaronder zijn huisarts en zijn verpleegkundige. Deze laatste verifiëren de afstemming tussen de specifieke opdrachten van de casemanager bij de rechthebbende en de kwalificaties van de aangeduide casemanager. In elk geval moet de uitvoering van deze opdrachten in overeenstemming zijn met de handelingen die reglementair zijn voorzien voor een huisarts, een verpleegkundige of een maatschappelijk assistent. Indien de huisarts niet kan deelnemen aan dit overleg, dan bezorgt de zorgcoördinator van het project hem, bij voorkeur via zijn eHealthBox, een document met de opdrachten en kwalificaties van de gekozen casemanager. De huisarts kan hierover zijn feedback geven aan het zorgteam en desgevallend het initiatief nemen tot overleg hierover.

§ 3. Bij het uitvoeren van zijn opdrachten houdt de casemanager rekening met de volgende principes:

1. Hij verricht geen enkele handeling waarvoor hij niet bevoegd is, volgens de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen.
2. Zijn interventie vindt plaats op een globale en geïntegreerde manier. Hij beperkt zijn interventie nooit tot enkele specifieke aspecten van de follow-up.
3. Hij werkt in nauw overleg samen met de betrokken zorgverleners van het zorgnetwerk alsook met een of meerdere personen die functies van de zorgcoördinatie uitoefenen of recentelijk hebben uitgeoefend bij de rechthebbende.
4. Hij handelt objectief jegens de rechthebbende, zijn mantelzorgers en hun naasten (hij kiest geen partij in mogelijke meningsverschillen en conflicten...), en jegens de zorgverleners (hij spreekt zijn voorkeur niet uit voor een zorgverlener of een zorgopvatting...).

11.1.4. 5.2.4. Bepalingen betreffende de "ergotherapeutische follow-up"

Artikel 44) In het kader van de overeenkomst heeft de ergotherapeutische follow-up thuis voornamelijk tot doel:

- de autonomie van de rechthebbende te vrijwaren (preventiedoelstelling),
- en/of hem in staat te stellen zijn autonomie en zijn bekwaamheid om zijn verzorging na een ongeval of acute aandoening te beheren, te herwinnen of te verbeteren (revalidatiedoelstelling).

Acties met betrekking tot de rechthebbende en zijn mantelzorgers:

1. De ergotherapeut start met het invullen van een inventaris van de behoeften en de vragen van de rechthebbende en zijn mantelzorgers, voor alles wat betrekking heeft op zijn specialisme.
2. Hij leert de bewegingen, handelingen en manieren van voortbeweging aan, aangepast aan het autonomieverlies van de rechthebbende.
3. Hij geeft advies voor aanpassingen van de leefomgeving. Hij implementeert ze of begeleidt de implementatie ervan. Hij gaat na of ze worden aanvaard en onderhouden.
4. Hij geeft advies over het hulpmateriaal bij de basisactiviteiten en de instrumentele activiteiten van het dagelijkse leven en installeert het. Hij leert aan hoe dat te gebruiken.

5. Specifiek doet hij aan valpreventie door het aanleren van aangepaste bewegingen en manieren van voortbewegen, het aanpassen van de leefomgeving en door het gebruik van hulpmateriaal.
6. Hij stimuleert en ondersteunt de rechthebbende bij het uitvoeren van zijn dagelijkse activiteiten, om zijn autonomie en deelname aan het sociale leven te vrijwaren of te verbeteren.
7. Hij draagt bij tot de cognitieve remediëring, door het aanpassen van de leefomgeving en het geven van geheugensteuntjes, aangepast aan de rechthebbende.
8. Hij helpt bij het opsporen van onvervulde zorgbehoeften.
9. Telkens wanneer dat nodig is, beoordeelt hij opnieuw de relevantie en geschiktheid van het materiaal en de aanpassingen in huis, en alle interventies die tot zijn bevoegdheid behoren.

Ten aanzien van het zorgteam :

1. De ergotherapeut spreekt met het zorgteam de acties af of informeert hen over de acties die hij zal realiseren bij de rechthebbende en zijn mantelzorger, alsook over de gevolgen en de verwachte resultaten.
2. Hij oefent de leden van het zorgteam in de praktijk van aangepaste bewegingen en handelingen en in het gebruik van het hulpmateriaal.

11.1.5. 5.2.5. Bepalingen betreffende de "psychologische follow-up"

Artikel 45) In het kader van de overeenkomst heeft de psychologische follow-up thuis voornamelijk tot doel gespecialiseerde psychologische ondersteuning aan de rechthebbende en zijn mantelzorger te bieden:

1. De klinisch psycholoog start met het invullen van een inventaris van de behoeften en de vragen van de rechthebbende en zijn mantelzorger, voor alles wat betrekking heeft op zijn specialisme. Hij kan tussenkomen als de voorwaarden waaraan de rechthebbenden moet voldoen (artikel 1), zijn vervuld; hij komt echter niet tussen en verwijst de rechthebbende of zijn mantelzorger door naar een externe zorgverlener (klinisch psycholoog, psychiater, centrum voor geestelijke gezondheidszorg, huisarts ...) als hij vaststelt dat iemand mentale stoornissen vertoont die door hun aard of hun ernst niet kunnen worden behandeld in het kader van de verstrekkingen die in de overeenkomst zijn vastgelegd.
2. De klinisch psycholoog doet thuis individuele gesprekken. Hij geeft voorkeur aan praktijken waarvoor de evidentie reeds is bewezen (evidence based practice) die zich ertoe lenen om de symptomen snel te verbeteren, meer bepaald rekening houdende met het aantal vergoedbare zittingen en de leeftijd van de rechthebbende.
3. Hij kan luisteren naar de klachten, angsten en verwachtingen van de rechthebbende en zijn mantelzorger, teneinde hun gespecialiseerde adviezen te kunnen geven.
4. Dankzij zijn beheersing van de psycho-educatie en de cognitieve remediëring kan hij elke rechthebbende nuttige kennis en technieken bijbrengen zodat hij bepaalde dagelijkse handelingen kan uitvoeren met de vaardigheden die hij nog heeft.

5.2.6. Bepalingen betreffende de "groepssessie mantelzorgers"

Artikel 14bis. In het kader van de overeenkomst heeft de groepssessie mantelzorgers betrekking op de mantelzorgers van personen met dementie.

Deze verstrekking beoogt:

1. een betere inzicht bij de mantelzorger in de pathologie door de inbreng van expertise
2. het begrijpen van bepaalde gedragingen gelinkt aan de ziekte en het leren reageren/omgaan ermee
3. een verbetering van de verbinding tussen de patiënt en zijn mantelzorger en van de aanvaarding van de ziekte en zijn gevolgen
4. de ondersteuning van de levenskwaliteit van de mantelzorger door het lotgenotencontact, uitwisseling van ervaring en empowerment, en bijgevolg de ondersteuning van de levenskwaliteit van de patiënt.

De persoon die deze groepsessie leidt kan zowel een gezondheidszorgberoep volgens het KB nr. 78, met uitsluiting van een zorgkundige, alsook als een maatschappelijk assistent zijn. Zij dienen te beschikken over een specifieke opleiding in het kader van de problematiek van de dementie ofwel over de noodzakelijke ervaring om deze opdracht te kunnen vervullen. De uitvoering hiervan moet in overeenstemming zijn met de voorwaarden tot de uitoefening van hun beroep.

5.2.6. Bepalingen betreffende het nachtcontrolebezoek

Artikel 14ter) In het kader van de overeenkomst heeft het nachtcontrolebezoek voornamelijk tot doel om :

- aanvullend te zijn aan reguliere diensten die overdag actief zijn bij de rechthebbende
- voor de rechthebbende :
 - de autonomie te verhogen of te stabiliseren, of het verlies ervan vertragen.
 - zijn levenskwaliteit en die van zijn mantelzorger verhogen of stabiliseren, of daarvan het verlies vertragen
- te garanderen dat alle nuttige zorg op het gepaste tijdstip wordt verleend;
- te vermijden dat inadequate zorg wordt verleend (vermijdbare verpleegkundige verzorging, verzorging door een arts met wachtdienst of op een spoeddienst, vermijdbare ziekenhuisopnames...);
- crisissituaties te vermijden.

In dit kader kan de zorgkundige tussen 22u 's avonds en 6u 's ochtends langskomen bij de rechthebbende thuis, zowel voor geplande zorgen als voor noodoproepen in crisissituaties. De zorgkundige werkt altijd onder de toezicht van een verpleegkundige coördinator en binnen de voorwaarden die van toepassing zijn voor de uitoefening van het beroep van zorgkundige.

5.2.6. Bepalingen betreffende de "zorgeducatie van de rechthebbende".

Artikel 14bis) In het kader van de overeenkomst heeft de zorgeducatie voornamelijk tot doel om extra informatie (rond pathologie, medicatie en samen zoeken naar gepaste hulpverlening) en ondersteuning aan te bieden door gespecialiseerde zorgverleners in functie van ondermeer de geactiveerde CAP's uit de BelRAI, zoals stemmingsstoornissen, gedragsproblemen, depressie, mantelzorg, pijn, decubitus, voedingsproblemen (dieet, ondervoeding...), incontinentie, ergonomisch werken....

Deze extra informatie en educatie omtrent zijn/haar problematiek en aandoeningen heeft tot doel :

- de patiënt te helpen in het nemen van beslissingen en in het al dan niet gedeeltelijk opnemen van zelfzorg (of zijn omgeving).
- het brengt hogere levenskwaliteit doordat de therapietrouw verhoogt, de zelfzorg gestimuleerd wordt en de patiënt beter in staat is om zorgdoelstellingen te formuleren.

De personen die instaan voor deze zorgeducatie, kunnen zowel een gezondheidszorgberoep zijn volgens het KB nr 78, met uitzondering van een zorgkundige, alsook een maatschappelijk assistent. Zij worden gekozen in functie van de problematiek. Deze personen vervullen deze opdracht binnen de voorwaarden die van toepassing zijn voor hun beroep.

6. DOOR DE OVEREENKOMST GEFINANCIERDE FUNCTIES

Artikel 46) § 1. Het project beschikt permanent over personeel dat in staat is om de volgende 3 (4) functies uit te oefenen:

1. Casemanager
2. Ergotherapeut
3. Klinisch psycholoog
4. Zorgkundige

Het kan zelf dat personeel aanwerven in het statuut van werknemer of zelfstandige of een beroep doen op extern personeel.

Artikel 47) § 1. De functies bedoeld in artikel 15) worden uitgeoefend gedurende een minimum van 76 uren per week in totaal voor alle functies en de personen die ze uitoefenen.

§ 2. Om zijn beroepservaring te garanderen, bedraagt de minimum tijd waarin elke persoon zijn functie in het kader van de overeenkomst uitoefent, 19 uur per week.

Artikel 48) § 1. Elke persoon die de functie van casemanager uitoefent, voldoet op zijn minst aan de volgende voorwaarden:

- Hij voldoet aan de voorwaarden voor uitoefening van een van de volgende beroepen: huisarts, verpleegkundige of maatschappelijk assistent en behoort niet tot het zorgteam van de rechthebbende.
- Hij beschikt over voldoende beroepservaring binnen een multidisciplinair zorgteam dat voornamelijk kwetsbare ouderen behandelt.
- Hij heeft een uitgebreide kennis van de BelRAI-HC aangetoond door een algemeen professioneel gebruik gedurende de periode die voor zijn nuttige beroepservaring in aanmerking wordt genomen, of door een opleiding over BelRAI. Hij is aldus in staat om de resultaten van de BelRAI-HC te gebruiken voor al zijn opdrachten die met deze overeenkomst verband houden.
- Hij heeft een uitgebreide kennis van de algemene organisatie van de zorg voor de doelgroepen van de overeenkomst in de regio waar hij werkt.
- Hij neemt actief deel aan de intervisies met de andere casemanagers om zijn beroepservaring uit te breiden.

§ 2. Binnen het project wordt minstens 50% van het kader van casemanagers (uitgedrukt in VTE of in uren per week) ingevuld door een of meerdere personen die voldoen aan de wettelijke voorwaarden voor de uitoefening van het beroep van huisarts of verpleegkundige.

Artikel 49) Elke persoon die de functie van ergotherapeut of psycholoog uitoefent, voldoet op zijn minst aan de volgende voorwaarden:

- Ze voldoen aan de voorwaarden met betrekking tot de uitoefening van hun beroep.
- Ze beschikken over voldoende beroepservaring door hun werk met kwetsbare ouderen.

Artikel 19) Het project houdt een volledig overzicht bij van de zorgverleners die de functies uitoefenen zoals bedoeld in artikel 16). Dat overzicht vermeldt op ieder moment de identiteit van elke zorgverlener, zijn functie, alsook de tijd die aan de opdracht zal worden besteed.

7. VERZEKERINGSTEGEMOETKOMING IN DE KOSTEN VAN DE VERSTREKKINGEN

7.1. Beginselen

Artikel 20) § 1. De verzekeringstegemoetkoming is verschuldigd voor elke verstrekking die beantwoordt aan de voorwaarden van de overeenkomst.

§ 2. De verzekeringstegemoetkoming is een forfait dat alle kosten dekt die gepaard gaan met de uitvoering van die verstrekkingen. Indien de verstrekkingen tot de wettelijke opdracht behoren van een dienst of instelling en indien deze opdrachten in dat kader zijn gefinancierd, zijn de tegemoetkomingen die in deze overeenkomst zijn voorzien, niet verschuldigd

§ 3. De algemene kosten (werkingskosten, uitgezonderd personeelskosten: coördinatie, facturatie, gebruik van gebouwen, meubilair, kantoor- en computermateriaal, voertuigen, verzekeringen, financiële lasten...) worden forfaitair berekend en door een verstrekking genoemd “werkingsforfait” gedekt, die volgens de modaliteiten vermeld in artikel 22 gefactureerd mogen worden.

7.2. Bedragen van de verzekeringstegemoetkoming

Artikel 21) § 1. De bedragen van de verzekeringstegemoetkoming in de kosten van de verstrekkingen zijn vastgesteld op basis van de bijlage bij deze overeenkomst. Ze worden per facturatie-eenheid vastgesteld op:

Tabel 3: Bedragen van de verzekeringstegemoetkoming in de kosten van de verstrekkingen per facturatie-eenheid :

1. Initiële module:	127,28 €
2. Casemanagement;	25,15 €
3. Ergotherapeutische follow-up:	21,73 €
4. Psychologische follow-up:	26,68 €
5. Groepsessie ergotherapie	18,90 €
6. Groepsessie psychologische follow-up	23,19 €
7. Werkingsforfait	100,00 €
8. Groepsessie mantelzorgers	3,13 €
9. Nachtcontrolebezoek	16,84 €
10.Zorgeducatie rechthebbende	23,99 €

Die bedragen worden jaarlijks geïndexeerd vanaf 1 januari 2022, overeenkomstig de bepalingen van het koninklijk besluit van 8 december 1997 tot vaststelling van de toepassingsmodaliteiten voor de indexering van de prestaties in de regeling van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging op voorwaarde dat de Algemene Raad van het Riziv deze middelen heeft voorzien.

Het bedrag dat onder 1 wordt vermeld, wordt in een keer gefactureerd en de volgende bedragen, het bedrag dat onder 8 wordt vermeld, wordt per facturatie-eenheid van 20 minuten gefactureerd, worden per facturatie-eenheid van 30 minuten gefactureerd onder de volgende pseudocodenummers:

Tabel 4: Pseudocodenummers die moeten worden gebruikt voor de facturering van de verstrekkingen

Initiële module	794474				
Werkingsforfait	794975				
	Zitting	Zitting (gehospitaliseerde patiënt)	Groepsessie	Ondersteuning	Afsluitingszitting/ondersteuning
Casemanagement– huisarts	794496	794500	-	794511	795115
Casemanagement– verpleegkundige	794533	794544	-	794555	795130
Casemanagement– maatschappelijk assistent	794570	794581	-	794592	795152
Ergotherapeutische follow-up	794732	794743	794813	794754	795174
Psychologische follow-up	794776	794780	794835	794791	795196
Groepsessie mantelzorgers	-	-	794894	-	-
Nachtcontrolebezoek	794850	-	-	-	-
Zorgeducatie van de rechthebbende	794872	-	-	-	-

§ 2. De verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging verleent een financiële tussenkomst voor elk project ter ondersteuning van personen met complexe zorg- en hulpbehoeften (Protocol 3) en dat een lopende overeenkomst heeft met het Verzekeringscomité in uitvoering van artikelen 22, 6° en 23, 3° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De financiële tussenkomst bedoeld in het eerste lid bedraagt 500 euro per kalendermaand. Deze financiële tussenkomst kan enkel betrekking hebben op de periode van 1 mei 2020 tot 30 juni 2021. Er is slechts één financiële tussenkomst per maand verschuldigd per project.

Op voorwaarde dat het project vóór 15 januari 2021 een rekeningnummer heeft meegedeeld, zal de betaling uiterlijk op 31 januari 2021 voor de periode van 1 mei tot en met 30 november 2020 en uiterlijk op 31 juli 2021 voor de periode van 1 december 2020 tot en met 30 juni 2021 door het RIZIV worden verricht.

7.3. Maximumaantallen vergoedbare verstrekkingen

Artikel 22) In de loop van eenzelfde kalenderjaar mag het project factuureerbare verstrekkingen verrichten tot een waarde van maximaal « ... » euro.

In de loop van eenzelfde kalenderjaar mag het project een « werkingsforfait » aanrekenen voor elke facturatie-eenheid van de basisverstrekkingen (casemanagement, ergotherapie,

psychologische follow-up) die voor een rechthebbende verricht en factureerbaar is. Het totale bedrag van de aangerekende « werkingsforfaits » mag een maximaal bedrag van « ... » euro niet overschrijden. Dit bedrag komt overeen met 10 % van het in de eerste alinea bedoelde bedrag, vermeerderd met een bedrag gelijk aan 10 % van de uitgaven die overeenkomen met de uitgevoerde verstrekkingen van het project gedurende de periode van 01.04.2019 tot 30.03.2020.

Deze bedragen worden geïndexeerd zoals vermeld in artikel 21§1.

In het jaar van inwerkingtreding en van stopzetting van deze overeenkomst worden deze bedragen aangepast naar rata van de geldigheidsduur van de overeenkomst in de loop van dat kalenderjaar.

7.4. Facturatievoorwaarden voor de verstrekkingen

Artikel 23) Het project rekent maandelijks het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming aan de verzekeringsinstelling van de rechthebbende aan. Het project gebruikt daarbij het model van de factuur zoals die is goedgekeurd door het Verzekeringscomité van het Riziv. De betaling door de verzekeringsinstelling gebeurt op basis van de modaliteiten die door het Verzekeringscomité worden goedgekeurd.

Artikel 24) § 1. Het project verbindt zich ertoe om elke verzekeringstegemoetkoming die het ten onrechte zou hebben verkregen, terug te betalen, overeenkomstig de bepalingen van artikel 164 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

§ 2. Het verbindt zich ertoe om aan de rechthebbenden

- geen enkele handeling te factureren waarvoor de verzekeringstegemoetkoming wordt geweigerd, ongeacht de reden voor de weigering,
- geen enkele verzekeringstegemoetkoming te factureren die het project had moeten terugbetalen krachtens de bepalingen van § 1, ongeacht de reden voor de verplichte terugbetaling.

Artikel 25) Het project verbindt zich ertoe om geen enkel supplement aan de rechthebbenden of aan de verzekeringsinstellingen te factureren voor de verstrekkingen die in het kader van deze overeenkomst worden verricht.

7.5. Cumulatieregels

Artikel 26) § 1. De verstrekkingen waarin in deze overeenkomst wordt voorzien, zijn niet vergoedbaar via deze overeenkomst wanneer ze op dezelfde dag reeds op een andere manier gefinancierd worden (vb. via CAR overeenkomst, revalidatieovereenkomst, KB van 27 maart 2012 rond de financiering en de deelname aan het overleg rond de psychiatrische patiënt, de organisatie en de coördinatie van dit overleg en de functie van de referentiepersoon, ...)

§ 2. De verstrekkingen waarin in deze overeenkomst wordt voorzien, zijn niet vergoedbaar als ze aan een rechthebbende worden verstrekt in de loop van een van de volgende periodes of verblijven:

1. Het verblijf van de rechthebbende in een psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT).
2. Het verblijf van de rechthebbende in een rust- en verzorgingstehuis (RVT) of een rustoord voor bejaarden (ROB), behalve als het gaat om een kortverblijf, en met uitzondering van maximaal 10 facturatie-eenheden (afsluitingsserie).
3. Een volledige hospitalisatieperiode, met uitzondering van :

- twee zittingen casemanagement, als de ontslagmanager heeft vastgesteld dat voorwaarde 2.1.1 van artikel 1) is vervuld of zal worden vervuld wanneer de rechthebbende het ziekenhuis zal verlaten. Die vaststelling is opgenomen en wordt beargumenteerd in het patiëntendossier dat door het ziekenhuis wordt bijgehouden of in de verwijfsbrief gericht aan de huisarts van de rechthebbende;
 - een enkele zitting psychologische follow-up, indien de rechthebbende reeds minstens een zitting of groepssessie psychologische follow-up buiten ziekenhuis heeft gekregen;
 - een enkele zitting ergotherapie, indien de rechthebbende reeds minstens een zitting of groepssessie ergotherapie buiten ziekenhuis heeft gekregen.
4. Enkel voor de verstrekking psychologische follow-up (artikel 14), tijdens de periode waarbinnen de rechthebbende ten laste wordt genomen in het kader van de eerstelijns psychologische zorg.

§ 2. Het project legt het nut en de draagwijdte van die regels uit aan de rechthebbende en aan zijn mantelzorger.

8. GEGEVENSBEHEER EN EVALUATIEPROCEDURE

8.1. Individueel patiëntendossier

Artikel 27) Een zorgcoördinator binnen het project houdt voor elke rechthebbende een individueel patiëntendossier bij waarin minstens de volgende zaken zijn opgenomen:

1. Zijn identificatiegegevens;
2. De bewijzen dat hij voldoet aan de definitie van de rechthebbenden (artikel 1)) voor de verleende verstrekkingen.
3. De documenten, gebruikt of aangemaakt tijdens het proces van aanmelding zoals bepaald in artikel 8.
4. De informatie die bij het uitvoeren van de initiële module werd verzameld (artikel 4)), met inbegrip van het formulier voor geïnformeerde toestemming.
5. Het zorgplan van de rechthebbende, als hij casemanagementverstrekkingen heeft gekregen.
6. De begin- en einddatum van elke periode voor het verlenen van verstrekkingen (artikel 9)).
7. De beoogde doelstellingen en de behaalde resultaten voor elk van die periodes.
8. Elke andere briefwisseling over deze rechthebbende.

8.2. Informatie over de toepassing van de overeenkomst

8.2.1. Informatie bedoeld voor de rechthebbenden

Artikel 28) § 1. Het project bezorgt de rechthebbende en zijn mantelzorger neutrale, volledige en toegankelijke informatie over de doelstellingen, de aard, de inhoud van de verstrekkingen en het verloop van de periodes waarin die verstrekkingen worden verleend en in het algemeen, informatie over alle bepalingen van de overeenkomst die voor hen een rechtstreeks belang hebben.

§ 2. Van bij de start van een periode informeert het project de rechthebbende en zijn mantelzorger over de voorwaarden en de limieten van de verzekeringstegemoetkoming die in het bijzonder door artikel 10) en artikel 26) worden bepaald. Het licht de tekst ervan toe en legt de draagwijdte ervan uit aan de rechthebbende en zijn mantelzorger, in een schriftelijk document dat het project hun bezorgt.

§ 3. Het project bezorgt de rechthebbende en zijn mantelzorger een bewijsstuk waarin de met toepassing van deze overeenkomst verleende verstrekkingen en de verzekeringstegemoetkomingen uitvoerig worden beschreven, overeenkomstig de bepalingen van artikel 53, § 1/2 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

8.2.2. Informatie bedoeld voor het RIZIV en de verzekeringsinstellingen

Artikel 29) § 1. In de maand die volgt op het einde van elk kalenderkwartaal bezorgt het project een elektronisch bestand aan de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het RIZIV, waarin, volgens een formaat dat door deze dienst is opgesteld, de precieze aantallen worden vermeld van de factureerbare verstrekkingen die in de loop van dat kwartaal zijn verricht, opgesplitst per type van verstrekking en per maand van verrichting.

Elke verstrekking die werd uitgevoerd voor een rechthebbende, kan er slechts één keer in voorkomen. Die verstrekking moet erin worden vermeld zodra ze is uitgevoerd, zonder te wachten tot ze gefactureerd of vergoed werd. De eventuele niet-vergoedbare verstrekkingen (bijvoorbeeld omdat ze niet aan de voorwaarden voldoen die in de overeenkomst zijn vastgelegd of omdat de patiënt geen rechthebbende is van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen) worden er niet in vermeld.

Het project stelt na verloop van elk kalenderjaar een overzichtslijst op van de zorgverleners die de functies zoals bedoeld in artikel 15) hebben uitgeoefend. Die lijst vermeldt de identiteit van elke persoon, zijn functie en de tijd gependend in het kader van de overeenkomst. Het project bezorgt volgens een vastgelegd model deze informatie aan de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het RIZIV in de loop van het 1ste trimester van het kalenderjaar dat volgt op het beschouwde jaar.

§ 2. Het project legt, op verzoek van de Dienst voor Geneeskundige Verzorging of van de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle van het RIZIV, alle documenten voor die nodig zijn ter staving van de meegedeelde aantallen verstrekkingen.

§ 3. Indien de aantallen verstrekkingen niet zijn meegedeeld binnen de maand die volgt op het einde van een trimester, dan wordt het project per brief aan zijn verplichtingen herinnerd. Indien die aantallen nog steeds niet zijn meegedeeld binnen de 30 kalenderdagen die volgen op de aangetekende verzending, worden de uitbetalingen door de verzekeringsinstellingen (in het kader van de overeenkomst tussen het RIZIV en het project) ambtshalve onmiddellijk opgeschort zolang er niet voldaan is aan deze verplichting.

§ 4. Het project wijst een contactpersoon aan die belast wordt met de overdracht van de aantallen verstrekkingen. Het deelt diens identiteitsgegevens (naam, rechtstreeks telefoonnummer en elektronisch adres) mee aan de Dienst voor Geneeskundige Verzorging en brengt deze dienst eveneens op de hoogte van iedere wijziging in die identiteitsgegevens.

Artikel 30) § 1. Het project bezorgt op elk verzoek van de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het RIZIV of van de betrokken verzekeringsinstellingen alle informatie die hen toelaat de naleving van de bepalingen van deze overeenkomst in al hun aspecten te controleren.

§ 2. § 2 Het project geeft iedere vertegenwoordiger van het RIZIV of van de verzekeringsinstellingen de toestemming om de, al dan niet aangekondigde, bezoeken af te leggen die deze nuttig acht voor de uitvoering van zijn opdracht om de naleving van de bepalingen van deze overeenkomst te controleren.

8.3. Evaluatieprocedure

Artikel 31) Op basis van de gegevens onder 8.2.2., op basis van de gegevens die worden voorgelegd door het Intermutualistisch Agentschap, op basis van met BelRAI-gekoppelde gegevens (onder voorbehoud van de machtiging van het Informatieveiligheidscomité) stelt het Begeleidingscomité dat bestaat uit leden van de overeenkomstencommissies met de verpleegkundigen, met de rustoorden voor bejaarden en rust- en verzorgingstehuizen en uit vertegenwoordigers van het Verzekeringscomité, in de loop van het eerste trimester van 2019 de criteria vast waaronder de verstrekkingen die zijn opgenomen in deze overeenkomst geëvalueerd zullen worden.

De evaluatie zal uitgevoerd worden door het begeleidingscomité dat hiervoor ondersteund kan worden door externe experts.

8.4. Evaluatie en monitoring

Artikel 32) De verzekeringsinstellingen zullen gezamenlijk de bepalingen van deze overeenkomst monitoren. Er zal in de loop van ten laatste 2022 een evaluatie gebeuren in het Begeleidingscomité op basis van de gegevens van de verzekeringsinstellingen. Minimaal zal geëvalueerd worden:

- Verhouding van het aantal prestaties geleverd bij de rechthebbende en die geleverd niet in zijn afwezigheid, per type verstrekking,
- Verhouding van het aantal individuele sessies en groepsessies, per type verstrekking,
- Verhouding van het aantal prestaties die gebeuren bij opname en in de thuissituatie
- Duur waarbinnen de serie van 122 facturatie-eenheden, en desgevallend de 2^{de} serie van 61 eenheden, plaatsvindt
- De verstrekkingen die ten behoeve van de mantelzorger worden uitgevoerd in de “2^{de} periode” : na opname van de rechthebbende in een rustoord of na zijn overlijden.

Het Begeleidingscomité kijkt eveneens aan de hand van de evaluatie die momenteel gevoerd wordt of de doelstellingen van de overeenkomst gerealiseerd worden.

9. ALGEMENE ADMINISTRATIEVE BEPALINGEN

Artikel 33) § 1. De inrichtende macht van het project verbindt zich ertoe alle voorwaarden te realiseren die nodig zijn opdat het project de verstrekkingen in optimale omstandigheden kan verrichten en alle bepalingen van deze overeenkomst kan naleven.

§ 2. De inrichtende macht van het project neemt de volledige verantwoordelijkheid op zich voor de eventuele niet-naleving van de bepalingen van deze overeenkomst en voor de gevolgen, meer bepaald op financieel vlak, die daaruit voortvloeien.

§ 3. De inrichtende macht van het project verbindt zich ertoe alle teamleden te informeren over alle bepalingen van de overeenkomst teneinde hen in staat te stellen hun taken te vervullen overeenkomstig de bepalingen van de overeenkomst. Daartoe bezorgt de inrichtende macht aan ieder teamlid de volledige tekst van deze overeenkomst. De inrichtende macht bewaart de door de teamleden ondertekende ontvangstbewijzen en houdt ze ter beschikking van de Dienst voor Geneeskundige verzorging van het RIZIV.

10. OVERGANGSMAATREGELEN

Artikel 34) § 1. De rechthebbende die een eerste periode van tenlasteneming hebben gehad in een of meer basisverstrekkingen onder de vorige overeenkomst (de overeenkomst die van toepassing was

vóór de datum van inwerkingtreding van onderhavige overeenkomst) kunnen het aantal facturatie-eenheden van serie 1 krijgen dat gelijk is aan het verschil tussen 122 facturatie-eenheden en het aantal facturatie-eenheden voor factureerbare basisverstrekkingen die al onder de vorige overeenkomst zijn verricht. Nadien kunnen ze van een 2^{de} serie verstrekkingen genieten, voor zover de bepalingen van artikel 10 §3 worden nageleefd.

Voor deze facturatie-eenheden kunnen de bedragen voorzien in onderhavige overeenkomst worden aangerekend vanaf de datum van het in voege treden van deze overeenkomst.

§ 2. De rechthebbende die een tweede periode van tenlasteneming hebben gehad in een of meer basisverstrekkingen onder de vorige overeenkomst kunnen een aantal facturatie-eenheden krijgen dat gelijk is aan het verschil tussen 122 facturatie-eenheden en het aantal facturatie-eenheden voor factureerbare basisverstrekkingen die al onder de vorige overeenkomst zijn verricht. Nadien kunnen ze van een 2^{de} serie verstrekkingen van 61 facturatie-eenheden niet meer genieten.

Voor deze facturatie-eenheden kunnen de bedragen voorzien in onderhavige overeenkomst worden aangerekend vanaf de datum van het in voege treden van deze overeenkomst.

§ 3. Voor de rechthebbende die geen periode van tenlasteneming hebben gehad onder de vorige overeenkomst is het geheel van de principes van de huidige overeenkomst van toepassing.

11. GELDIGHEIDSTERMIJN VAN DE OVEREENKOMST

Artikel 35) Deze overeenkomst, opgesteld in twee exemplaren en door beide partijen behoorlijk ondertekend, heeft uitwerking van 1 maart 2021 tot en met 31 december 2022. Elk van de partijen kan ze echter op ieder moment opzeggen met een ter post aangetekende brief die wordt gericht aan de andere partij, op voorwaarde dat er een opzeggingstermijn van drie maanden in acht wordt genomen die ingaat op de eerste dag van de maand die volgt op de verzendingsdatum van de aange tekende brief.

In geval de overeenkomst wordt opgezegd omwille van niet-naleving van de bepalingen van deze overeenkomst heeft het project in ieder geval de gelegenheid om eerst zijn argumenten kenbaar te maken.

Opgemaakt te Brussel op 22 februari 2021 en elektronisch ondertekend door:

Voor het project,

Voor het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging:

De Leidend ambtenaar,

(naam verantwoordelijke + handtekening)

Brieuc VAN DAMME
Directeur-generaal geneeskundige verzorging

Berekening van de verzekeringstegemoetkoming

BIJLAGE

1. BASISGEGEVENS

Werkdagen per jaar en per VTE

Jaar	Weekends	Feestdagen	Verlofdagen	Overige afwezigheidsdagen*	
365	104	12	24	15	210

* Bevat de dagen waarop de persoon niet beschikbaar is voor het verrichten van verstrekkingen zoals bepaald in de overeenkomst, bijvoorbeeld wegens ziekte, omstandigheidsverlof, opleidingen...

Werkuren per jaar en per VTE:

Da- gen/jaar	Uren/dag	Uren/jaar (a)
210	7,6	1.596

Loonmassa:

Functie	Loonmassa (b)
Casemanager*	66.825,78
Ergotherapeut**	57.742,04
Psycholoog**	70.851,75

* Barema's PC 330, voor 16 jaar anciënniteit en werkgeversbijdragen. Aan index op 1.1.2018.

** Barema's PC 330, voor 10 jaar anciënniteit en werkgeversbijdragen. Aan index op 1.1.2018.

2. BEREKENING VAN HET BEDRAG VAN DE VERZEKERINGSTEGEMOETKOMING

Berekening van het uurloon

	Loonmassa (c) = (b) / (a)	Verplaatsingen* (d) = (c) x 1,15	Totaal (f) = (c) + (d)
Casemanager	41,87	6,28	48,15
Ergotherapeut	36,18	5,43	41,61
Psycholoog	44,39	6,66	51,05
Ergotherapeut groepssessie	36,18	0	36,18
Psycholoog groepssessie	44,39	0	44,39

* forfaitair berekende loonmassa die overeenstemt met de tijd die het personeel nodig heeft om zich naar de woonplaats van de rechthebbenden te begeven.

Kostprijs van de verstrekkingen:

a. Opnamemodule

Functie	Tijd (in uren) (g)	Kostprijs (h) = (f) x (g)	Prijs op 1/1/2019 +1,45%	Prijs op 1/1/2020 +1,95%	Prijs op 1/1/2021 +1,01%
Casemanager & ergotherapeut	2	96,30			
Psycholoog	0,5	25,53			
Totaal		121,83	123,60	126,01	127,28

b. Zittingen en ondersteunende verstrekkingen: bedrag van de facturatie-eenheid

Functie	Bedrag (i) = (f) / 2	Bedrag op 1/1/2019 +1,45%	Prijs op 1/1/2020 +1,95%	Prijs op 1/1/2021 +1,01%
Casemanager	22,97	23,30	24,90	25,15
Ergotherapeut	22,97	23,30	21,51	21,73
Psycholoog	28,18	28,59	26,41	26,68
Ergotherapeut groepssessie	18,09	18,35	18,71	18,90
Psycholoog groepssessie	22,20	22,52	22,96	23,19