

R.I.Z.I.V.

Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering

Geneeskundige Verzorging

Omzendbrief VI nr 2019/159 van 10 mei 2019	1740/232 191/17	1741/485 3033/15	1743/65
Van toepassing vanaf 1 april 2019			

Nieuwe overeenkomst voor de projecten ter ondersteuning van ouderen met complexe zorg- en hulpbehoeften (Protocol 3).

Op 1 april 2019 treedt een nieuwe overeenkomst in werking tussen het Verzekeringscomité geneeskundige verzorging van het RIZIV en projecten ter ondersteuning van ouderen met complexe zorg- en hulpbehoeften. De tekst van deze overeenkomst gaat in bijlage I.

Waar gaat deze overeenkomst over ?

Deze overeenkomst laat toe om sommige verstrekkingen op het vlak van de zorgverlening en ondersteuning voor kwetsbare ouderen te financieren.

De door deze overeenkomst gedekte verstrekkingen zorgen er voor dat sommige rechthebbenden langer thuis of bij een naaste kunnen wonen, buiten een institutionele omgeving.

In artikel 1 van de overeenkomst wordt de **doelgroep** gedefinieerd. Het betreft oudere personen (≥ 60 jaar) die een bepaalde afhankelijkheidsgraad vertonen voor de activiteiten van hun dagelijks leven en die beantwoorden aan specifieke voorwaarden, afhankelijk van het gewenste type verstrekkingen: het casemanagement (van lage of hoge intensiteit), de ergotherapeutische follow-up, of de psychologische follow-up.

In artikel 2 worden de doelstellingen van de verstrekkingen gedefinieerd op basis van de zelfredzaamheid, de levenskwaliteit, de gepaste zorgverlening en de preventie van crisissituaties.

De **aard** en de **verlening van de verstrekkingen** worden gedefinieerd in artikelen 3 tot 10.

De verstrekkingen bestaan uit een 'initiële module', uit 'zittingen' (handelingen in aanwezigheid van de rechthebbende) en uit 'ondersteunende handelingen' (handelingen die in afwezigheid van de rechthebbende worden verricht). De zittingen en de ondersteunende handelingen zijn factureerbaar per eenheid van 30 minuten, met een minimum van 2 eenheden en een maximum van 4 eenheden in de loop van dezelfde dag voor de zittingen (van 2 tot 4 maal 30 minuten). De zittingen zijn individueel en vinden thuis bij de rechthebbende plaats (uitgezonderd bij kortverblijf of bij het ontslag uit het ziekenhuis).

De periode waarin de verstrekkingen worden gerealiseerd, duurt maximaal 6 maanden, per type van verstrekkingen (**casemanagement, ergotherapeutische follow-up of psychologische follow-up**), en mag uitzonderlijk eenmaal worden verlengd als een nieuwe gebeurtenis dit rechtvaardigt.

In artikel 10 worden de gemiddelde maximumaantallen vergoedbare facturatie-eenheden (van een half uur) per rechthebbende en per periode van 6 maanden vastgesteld, alsook het minimumaantal eenheden die aan de zittingen zijn besteed (in aanwezigheid van de rechthebbende en/of zijn mantelzorger). De verplaatsingen worden niet afzonderlijk gefactureerd, maar zijn vervat in de prijzen van de verstrekkingen.

In artikel 8 wordt het proces bepaald om te kunnen beslissen of een patiënt in aanmerking komt voor een interventie. In artikelen 11 tot 14 wordt de inhoud van de verstrekkingen en de rol van de betrokken partijen gedefinieerd.

In artikel 11 wordt een duidelijke beschrijving gegeven van wat onder deze overeenkomst moet verstaan worden onder "zorgcoördinatie".

De rol van de casemanager wordt in artikel 12 gedefinieerd. De casemanager die wordt aangeduid is ofwel een huisarts, een verpleegkundige of een maatschappelijk assistent. De rol van de ergotherapeut en van de psycholoog in het kader van de overeenkomst wordt in artikelen 13 en 14 gedefinieerd.

De overeenkomst bepaalt de voorwaarden waaraan moet worden voldaan door de personen die de functies vervullen waarover elk project moet beschikken en de minimum arbeidstijd per persoon en per functie ($\frac{1}{2}$ VTE), in het kader van die overeenkomst (art. 15 tot 18).

De **bedragen van de verzekeringstegemoetkoming** per verstrekking worden vastgesteld in artikel 21. In artikel 22 wordt per project het **maximum budget voor factureerbare verstrekkingen** vastgesteld.

In artikel 24 wordt een **maandelijkse facturatie** voorzien van het project aan het ziekenfonds van de rechthebbende. Supplementen ten laste van de patiënt zijn niet mogelijk.

In artikel 26 wordt voorzien in de **regels voor cumul** met gelijkaardige verzorging die bovendien wordt verleend aan patiënten die mogelijk tot de doelgroep van de overeenkomst behoren, of met verzorging die de institutionalisering van de rechthebbende tot gevolg heeft.

In artikel 29 wordt in het kader van de opvolging van de projecten voorzien in een informatieplicht aan het Riziv.

Pseudocodes te gebruiken voor de facturatie van de verstrekkingen + bedragen van 01/04/2019 tot 31/12/2019

Verstrekking	Pseudocode			Bedrag (EURO)
Initiële module	794474			121,80
	Zitting	Zitting (gehospitaliseerde patiënt)	Ondersteuning	
Casemanagement met lage intensiteit – huisarts	794496	794500	794511	23,30
Casemanagement met lage intensiteit – verpleegkundige	794533	794544	794555	23,30
Casemanagement met lage intensiteit – maatschappelijk assistent	794570	794581	794592	23,30
Casemanagement met hoge intensiteit – huisarts	794614	794625	794636	23,30
Casemanagement met hoge intensiteit – verpleegkundige	794651	794662	794673	23,30
Casemanagement met hoge intensiteit – maatschappelijk assistent	794695	794706	794710	23,30
Ergotherapeutische follow-up	794732	-	794754	23,30
Psychologische follow-up	794776	-	794791	28,59

Die bedragen worden jaarlijks geïndexeerd vanaf 1 januari 2020, 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.

Betalingsmodaliteiten

De verzekeringsinstelling verbindt zich ertoe de tegemoetkomingen rechtstreeks aan het project te betalen. Daartoe maakt de inrichting, per rechthebbende en per kalendermaand, een individuele kostennota* op, volgens het model dat is vastgesteld door het Verzekeringscomité. Bij die individuele kostennota gaat een verzamelkostenstaat* waarvan het model eveneens is vastgesteld door vorengenoemd Verzekeringscomité. Het bedrag van de kostennota's die aan de verzekeringsinstellingen worden voorgelegd, is verschuldigd zodra ze zijn ontvangen, onder voorbehoud van latere rectificaties.

Voor zover de maandelijkse factuur bij de nationale zetel van de verzekeringsinstelling wordt ingediend, uiterlijk op de laatste dag van de eerste maand volgend op de maand waarop ze betrekking heeft, stort de verzekeringsinstelling aan het project een som die gelijk is aan het totaal van het bedrag van de maandelijkse factuur. De verzekeringsinstelling betaalt ze uiterlijk de 15^{de} dag van de derde maand volgend op dat waarop de factuur betrekking heeft.

De projecten zijn verplicht sommige gegevens naar het Riziv mee te delen. Indien deze gegevens niet in het door de overeenkomst voorziene termijn meegedeeld worden, kunnen de

betalingen door de verzekeringsinstellingen opgeschorst worden zolang deze verplichting door het project niet vervuld wordt.

** zie modellen in bijlage II*

Bijkomende verstrekkingen

Het geheel van de projecten die de overeenkomst hebben ondertekend bieden de 3 basisverstrekkingen aan. Bovendien zullen sommige projecten bijkomende verstrekkingen voorstellen, die via een wijzigingsclausule aan de overeenkomst zullen worden toegevoegd. De omschrijving van deze verstrekkingen, de vergoedingsvoorwaarden, de pseudocodes en bedragen zullen via een latere omzendbrief worden meegedeeld.

Lijst projecten

Lijst in bijlage III.

De leidend ambtenaar,

A. Ghilain
Directeur-generaal a.i.

Bijlagen :

[Bijlage I - Overeenkomst P3](#)

[Bijlage II - Factuur model](#)

[Bijlage III- Protocole3 Lijst van de projecten](#)

RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING

Openbare instelling opgericht bij de wet van 9 augustus 1963
TERVURENLAAN 211 - 1150 BRUSSEL

Dienst voor Geneeskundige Verzorging

OVEREENKOMST

TUSSEN HET COMITÉ VAN DE VERZEKERING VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING
VAN HET RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING
EN «ADMINISTRATIEVE_COORD»,
VOOR HET PROJECT TER ONDERSTEUNING VAN PERSONEN
MET COMPLEXE ZORG- EN HULPBEHOEFTE
«PROJ_NAAM» te «STAD»

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;

Gelet op het koninklijk besluit van 2 juli 2009 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité met toepassing van artikel 56, § 2, eerste lid, 3°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, overeenkomsten kan sluiten voor de financiering van alternatieve en ondersteunende zorg voor kwetsbare ouderen

Gelet op het koninklijk besluit van 17 augustus 2013 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering overeenkomsten kan sluiten voor de financiering van alternatieve en ondersteunende, geïntegreerde en multidisciplinaire, zorg voor kwetsbare ouderen

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 «ADMINISTRATIEVE_COORD», voor het ondersteuningsproject voor personen met complexe zorg- en hulpbehoeften" «PROJ_NAAM», te «ADRESS», «CP» «STAD».

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 in uitvoering van hiervoor genoemde koninklijke besluiten van 2 juli 2009 en 17 augustus 2013 een overeenkomst hebben gesloten met het Verzekeringscomité die op 31 december 2018 nog steeds van toepassing is.

De verstrekkingen waarin in deze overeenkomst wordt voorzien, behoren tot het globaal zorgprogramma dat aan de rechthebbende en zijn mantelzorger wordt verstrekt¹ 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	6
	5.2.1. Algemene bepalingen – periode waarin de verstrekkingen worden verleend	6
	5.2.2. Aantallen vergoedbare verstrekkingen	7
	5.2.3. Bepalingen betreffende de "zorgcoördinatie" en de "casemanager"	9
	5.2.4. Bepalingen betreffende de "ergotherapeutische follow-up"	10
	5.2.5. Bepalingen betreffende de "psychologische follow-up"	11
6.	DOOR DE OVEREENKOMST GEFINANCIERDE FUNCTIES	11
7.	VERZEKERINGSTEGEMOETKOMING IN DE KOSTEN VAN DE VERSTREKKINGEN	12
	7.1. Beginselen	12
	7.2. Bedragen van de verzekeringstegemoetkoming	13
	7.3. Maximumaantallen vergoedbare verstrekkingen	14
	7.4. Facturatievoorwaarden voor de verstrekkingen	14
	7.5. Cumulatieregels	14
8.	GEGEVENSBEHEER EN EVALUATIEPROCEDURE	15
	8.1. Individueel patiëntendossier	15
	8.2. Informatie over de toepassing van de overeenkomst	15
	8.2.1. Informatie bedoeld voor de rechthebbenden	15
	8.2.2. Informatie bedoeld voor het RIZIV en de verzekeringsinstellingen	16
	8.3. Evaluatieprocedure	17
9.	ALGEMENE ADMINISTRATIEVE BEPALINGEN	17
10.	GELDIGHEIDSTERMIJN VAN DE OVEREENKOMST	18

¹ Onder "mantelzorger" wordt verstaan, de "mantelzorger" of de "informele mantelzorger" van de rechthebbende.

3. RECHTHEBBENDEN VAN DE VERSTREKKINGEN

Artikel 1. Elke rechthebbende, bedoeld in deze overeenkomst, is een rechthebbende van de verzekering voor geneeskundige verzorging die voldoet aan de volgende voorwaarden^{2,3} bij aanvang van de periode voor het uitvoeren van de verstrekkingen:

1. Hij voldoet aan de volgende 2 algemene voorwaarden:
 - 1.1. Hij is minstens 60 jaar oud.
 - 1.2. Hij heeft een IADL-score van ≥ 3 .
2. Hij voldoet aan de volgende bijzondere voorwaarden, in functie van de gewenste verstrekkingen en het niveau van intensiteit.
 - 2.1. *Casemanagement met lage intensiteit.* Er is aan de volgende twee voorwaarden voldaan:
 - 2.1.1. 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.
 - 2.1.2. 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. *Casemanagement met hoge intensiteit.* De rechthebbende voldoet aan de volgende twee voorwaarden:
 - 2.2.1. Hij voldoet aan de voorwaarden van het casemanagement met lage intensiteit (2.1).
 - 2.2.2. Hij voldoet aan minstens één van de volgende criteria van ernst:
 - 2.2.2.1. Hij werd in de loop van de 2 weken die voorafgaan aan de aanvangsdatum van de periode, gedurende minstens 2 opeenvolgende dagen opgenomen in het ziekenhuis.
 - 2.2.2.2. Hij weigert de hem voorgeschreven zorg die nodig is voor het behoud van zijn fysieke en/of mentale integriteit.
 - 2.2.2.3. Zijn mantelzorger is tijdelijk niet in staat om de gebruikelijke hulp te verlenen (wegens een tijdelijke afwezigheid, ziekte of een ziekenhuisopname, ...).
 - 2.2.2.4. Hij heeft een MAPLe-score van ≥ 4 .
 - 2.2.2.5. Hij heeft een CHESS-score van ≥ 3 .
 - 2.3. *Ergotherapeutische follow-up.* De rechthebbende voldoet aan minstens één van de volgende twee voorwaarden:
 - 2.3.1. Hij vertoont een verhoogd valrisico, dat wordt geobjectiveerd door minstens één val gedurende de laatste 30 dagen.⁴
 - 2.3.2. 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.

² 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.
- MAPLe: Method for Assigning Priority Levels.
- CHESS: Changes in Health, End-stage disease and Symptoms and Signs Scale.

³De beslissingsbomen, die ter illustratie worden verstrekt in [bijlage 1](#), helpen bij het controleren van die voorwaarden.

⁴ Zie BelRAI HC, sectie J, vraag 2, voor de definitie van dit item.

- 2.4. *Psychologische follow-up*. De rechthebbende voldoet aan minstens één van de volgende twee voorwaarden:
- 2.4.1. Hijzelf of zijn mantelzorger vraagt om een psychologische follow-up te genieten.
 - 2.4.2. Hij weigert de hem voorgeschreven zorg die nodig is voor het behoud van zijn fysieke en/of mentale integriteit.

4. DOELSTELLINGEN VAN DE VERSTREKKINGEN

Artikel 2. 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 mantelzorger 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 mantelzorger van de rechthebbende en de zorgverleners van het netwerk.

5. AARD VAN DE VERSTREKKINGEN

5.1. Definitie van de verstrekkingen

Artikel 3. De verstrekkingen waarin in deze overeenkomst wordt voorzien, worden uitgesplitst, volgens hun type, in :

- de *initiële module*,
- in *casemanagement*,
- in *ergotherapie*, en
- in *psychologische follow-up*.

Voor die laatste 3 types 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).

Tabel 1: Verstrekkingen van de overeenkomst

Initiële module	In aanwezigheid van de rechthebbende en/of zijn mantelzorger	In afwezigheid van de rechthebbende en zijn mantelzorger
Casemanagement	Zitting casemanagement	Ondersteuning van het casemanagement
Ergotherapie	Zitting ergotherapie	Ondersteuning van de ergotherapie
Psychologische follow-up	Zitting psychologische follow-up	Ondersteuning van de psychologische follow-up

Artikel 4. 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 5. De activiteiten die in aanwezigheid van de rechthebbende en/of zijn mantelzorger worden gerealiseerd, worden *zittingen casemanagement*, *zittingen ergotherapie* en *zittingen psychologische follow-up* 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.

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 kan een enkele zitting 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.

Artikel 6. 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

5.2.1. Algemene bepalingen – periode waarin de verstrekkingen worden verleend

Artikel 7. 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 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 8. § 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 actors 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.
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 mantelzorger, het voorschrift van de huisarts en, bij afwezigheid van de huisarts, een verklaring voor deze afwezigheid.

Artikel 9. De periode waarin een type van factureerbare verstrekkingen voor een rechthebbende mag worden gerealiseerd, duurt maximaal 6 maanden. 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 per type van verstrekking voor eenzelfde rechthebbende worden gerealiseerd. De rechthebbende kan echter uitzonderlijk een tweede periode van 6 maanden krijgen, 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} periode voor het in aanmerking genomen type van verstrekkingen rechtvaardigt. In de loop van een kalenderjaar overschrijdt het aantal rechthebbenden dat een 2^{de} periode van 6 maanden krijgt, niet meer dan 30% van het totale aantal rechthebbenden dat met een 1^{ste} periode is gestart. De verstrekkingen die boven die limiet worden verricht, zijn niet factureerbaar (zie berekeningsmodule in bijlage bij de overeenkomst).

Er kan slechts met een 2^{de} periode van 6 maanden worden gestart als de einddatum van de vorige periode is verstreken. De 2^{de} periode moet niet noodzakelijkerwijze aansluiten op de eerste periode. Op een welbepaalde datum kan één enkele periode worden geopend voor eenzelfde rechthebbende voor hetzelfde type van verstrekkingen (casemanagement, ergotherapeutische follow-up of psychologische follow-up). De periodes mogen alleen gelijktijdig worden geopend als ze verschillende types van verstrekkingen dekken.

5.2.2. Aantallen vergoedbare verstrekkingen

Artikel 10. § 1. Een rechthebbende kan een verzekeringstegemoetkoming krijgen voor één enkele initiële module (artikel 4), ook al krijgt hij verschillende types van verstrekkingen in de loop van verschillende periodes als ze door verschillende geconventioneerde projecten worden verleend.

§ 2. Voor de andere verstrekkingen hangen de gemiddelde maximaal aantallen vergoedbare facturatie-eenheden (van een half uur - artikel 5) per rechthebbende in de loop van een

periode (artikel 9) af van de voorwaarden waaraan de rechthebbende voldoet. De berekeningsmodaliteiten van de gemiddelden worden in bijlage 2 gedefinieerd.

1. Voorwaarden van *casemanagement met lage intensiteit* (artikel 1, punt 2.1) :
Per periode van 6 maanden is er een maximaal gemiddelde van 41 facturatie-eenheden waarvan minstens 60 % aan zittingen wordt besteed.
2. Voorwaarden van *casemanagement met hoge intensiteit* (artikel 1, punt 2.2) :
Per periode van 6 maanden is er een maximaal gemiddelde van 66 facturatie-eenheden waarvan minstens 60 % aan zittingen wordt besteed.

Indien de rechthebbende een periode van psychologische follow-up krijgt die gedurende minstens 3 maanden samenvalt met de periode van casemanagement, worden de gemiddelden teruggebracht tot die van het casemanagement met lage intensiteit.

3. Voorwaarden van het onderdeel *ergotherapeutische follow-up* (artikel 1, punt 2.3) :
Per periode van 6 maanden is er een maximaal gemiddelde van 17 facturatie-eenheden waarvan minstens 70 % aan zittingen wordt besteed.

Indien de rechthebbende een periode van casemanagement krijgt die gedurende minstens 3 maanden samenvalt met de periode van ergotherapeutische follow-up, wordt het maximale gemiddelde van de ergotherapeutische follow-up teruggebracht tot 12 facturatie-eenheden waarvan minstens 70% aan zittingen wordt gewijd.

4. Voorwaarden van het onderdeel *psychologische follow-up* (artikel 1, punt 2.4) :
Voor de periode van 6 maanden is er een maximaal gemiddelde van 51 facturatie-eenheden waarvan minstens 70 % aan zittingen wordt besteed.

Indien de rechthebbende een groter aantal zittingen nodig heeft, na een eventuele 2^e periode, verwijst het project hem door naar een geschiktere vorm van behandeling of follow-up (psychiater, extern klinisch psycholoog, centrum voor geestelijke gezondheidszorg, mobiel team, ...)

Tabel 2: Aantallen facturatie-eenheden per rechthebbende en per periode van 6 maanden

	Gemiddeld maximaal aantal facturerbare eenheden	Aantal eenheden die aan de zittingen zijn besteed
Casemanagement met lage intensiteit	41	60 %
Casemanagement hoge intensiteit (zonder psychologische follow-up)	66	60 %
Ergotherapie (zonder case management)	17	70 %
Ergotherapie (met case management)	12	70 %
Psychologische follow-up	51	70 %

§ 3. In geval van overschrijding van de gemiddelde maximaal aantallen van de facturerbare eenheden die op basis van de jaarverslagen die het project overmaakt aan het Riziv werden

berekend volgens de modaliteiten bepaald in bijlage 2, betaalt het project het aantal overschreden verstrekkingen aan het Riziv terug.

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

Artikel 11. 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 12. § 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 mantelzorger 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...).

5.2.4. Bepalingen betreffende de "ergotherapeutische follow-up"

Artikel 13. 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 mantelzorger:

1. De ergotherapeut 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.
2. Hij leert de bewegingen 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 in het gebruik van het hulpmateriaal.

5.2.5. Bepalingen betreffende de "psychologische follow-up"

Artikel 14. 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.

6. DOOR DE OVEREENKOMST GEFINANCIERDE FUNCTIES

Artikel 15. § 1. Het project beschikt permanent over personeel dat in staat is om de volgende 3 functies uit te oefenen:

1. Casemanager
2. Ergotherapeut
3. Klinisch psycholoog

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

Artikel 16. § 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 17. § 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 18. 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

7.2. Bedragen van de verzekeringstegemoetkoming

Artikel 21) De bedragen van de verzekeringstegemoetkoming in de kosten van de verstrekkingen zijn vastgesteld op basis van bijlage 3 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:	121,80 euro
2. Casemanagement; ergotherapeutische follow-up:	23,30 euro
3. Psychologische follow-up:	28,59 euro

Die bedragen worden jaarlijks geïndexeerd vanaf 1 januari 2020, 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 bedragen die onder 2 en 3 worden vermeld, 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	
	Zitting	Ondersteuning
Casemanagement met lage intensiteit – huisarts	794496	794511
Casemanagement met lage intensiteit – verpleegkundige	794533	794555
Casemanagement met lage intensiteit – maatschappelijk assistent	794570	794592
Casemanagement met hoge intensiteit – huisarts	794614	794636
Casemanagement met hoge intensiteit – verpleegkundige	794651	794673
Casemanagement met hoge intensiteit – maatschappelijk assistent	794695	794710
Ergotherapeutische follow-up	794732	794754
Psychologische follow-up	794776	794791

7.3. Maximumaantallen vergoedbare verstrekkingen

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

Dat bedrag wordt geïndexeerd zoals vermeld in artikel 21.

In het jaar van inwerkingtreding en van stopzetting van deze overeenkomst wordt dat bedrag 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 als ze aan een rechthebbende worden verstrekt in de loop van een van de volgende periodes of verblijven:

1. Een periode van verzekeringstegemoetkoming wordt toegekend in het kader van een van de volgende revalidatieovereenkomsten:
 - 7.78.1: overeenkomst met de geheugenklinieken,
 - 7.71 ; 9.50; 9.51: neurolocomotorische revalidatieovereenkomsten,
 - 9.53; 9.65: overeenkomst met de centra voor ambulante revalidatie - enkel groep 1.
2. Enkel voor de verstrekkingen ergotherapeutische follow-up (artikel 13) is er een periode van 6 maanden volgend op het einde van de revalidatie van de rechthebbende in het kader van een overeenkomst voor neurolocomotorische revalidatie (7.71; 9.50; 9.51).
3. Tijdens een periode waarbinnen de rechthebbende een verzekeringstussenkomst ontvangt voor verstrekkingen die voorzien zijn in het koninklijk besluit van 27 maart 2012 voor de financiering en de deelname aan het overleg rond de psychiatrische patiënt, de organisatie en de coördinatie van dit overleg en de functie van referentiepersoon, kan de rechthebbende geen tussenkomst ontvangen voor verstrekkingen binnen de huidige overeenkomst, tenzij de terugbetaling van de

verstrekkingen voorzien in dit koninklijk besluit werden stopgezet, en dit gedurende de periode bepaald in artikel 9.

4. Het verblijf van de rechthebbende in een psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT).
5. Het verblijf van de rechthebbende in een rust- en verzorgingstehuis (RVT) of een rustoord voor bejaarden (ROB), behalve als het gaat om een kortverblijf.
6. Een volledige hospitalisatieperiode, met uitzondering van een enkele zitting 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.
7. 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.

9. ALGEMENE ADMINISTRatieve BEPALINGEN

Artikel 32) § 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. GELDIGHEIDSTERMIJN VAN DE OVEREENKOMST

Artikel 33) Deze overeenkomst, opgesteld in twee exemplaren en door beide partijen behoorlijk ondertekend, heeft uitwerking van 1 april 2019 tot en met 31 december 2020. 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.

Gesloten te op

Voor het project,
Naam verantwoordelijke:

Handtekening:

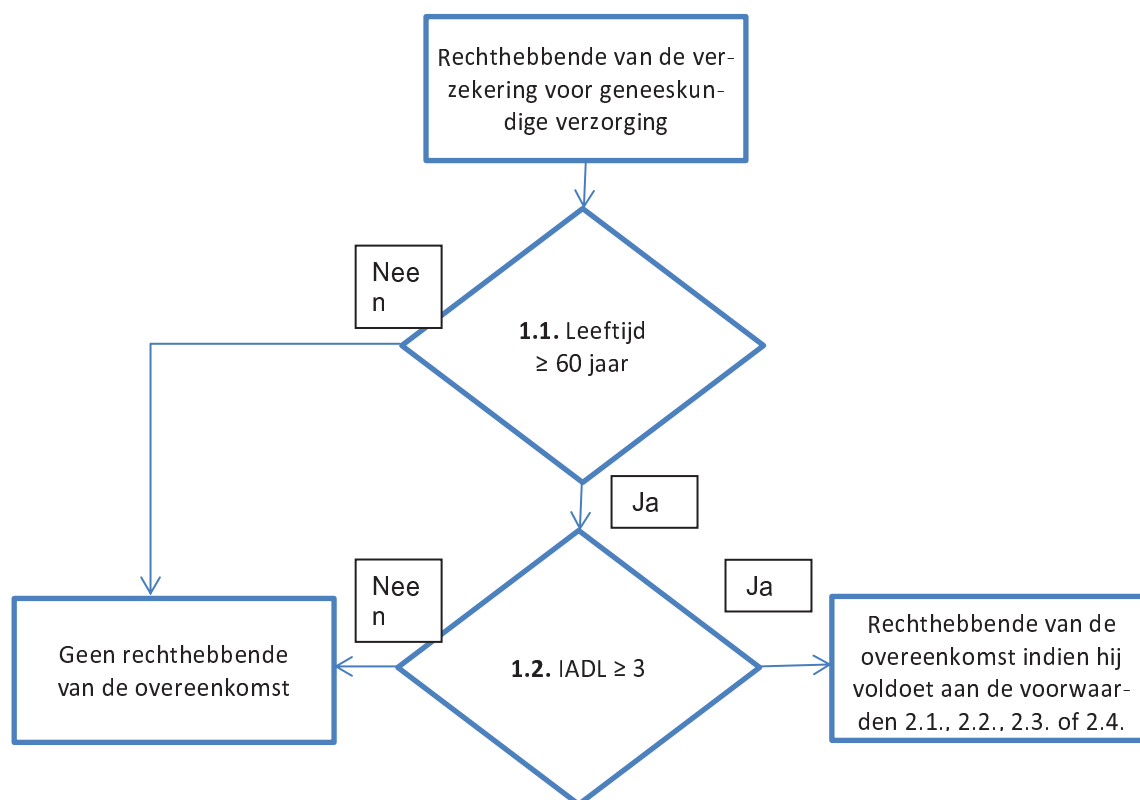
Voor het Comité van de verzekering voor ge-
neeskundige verzorging:

De Leidend ambtenaar,

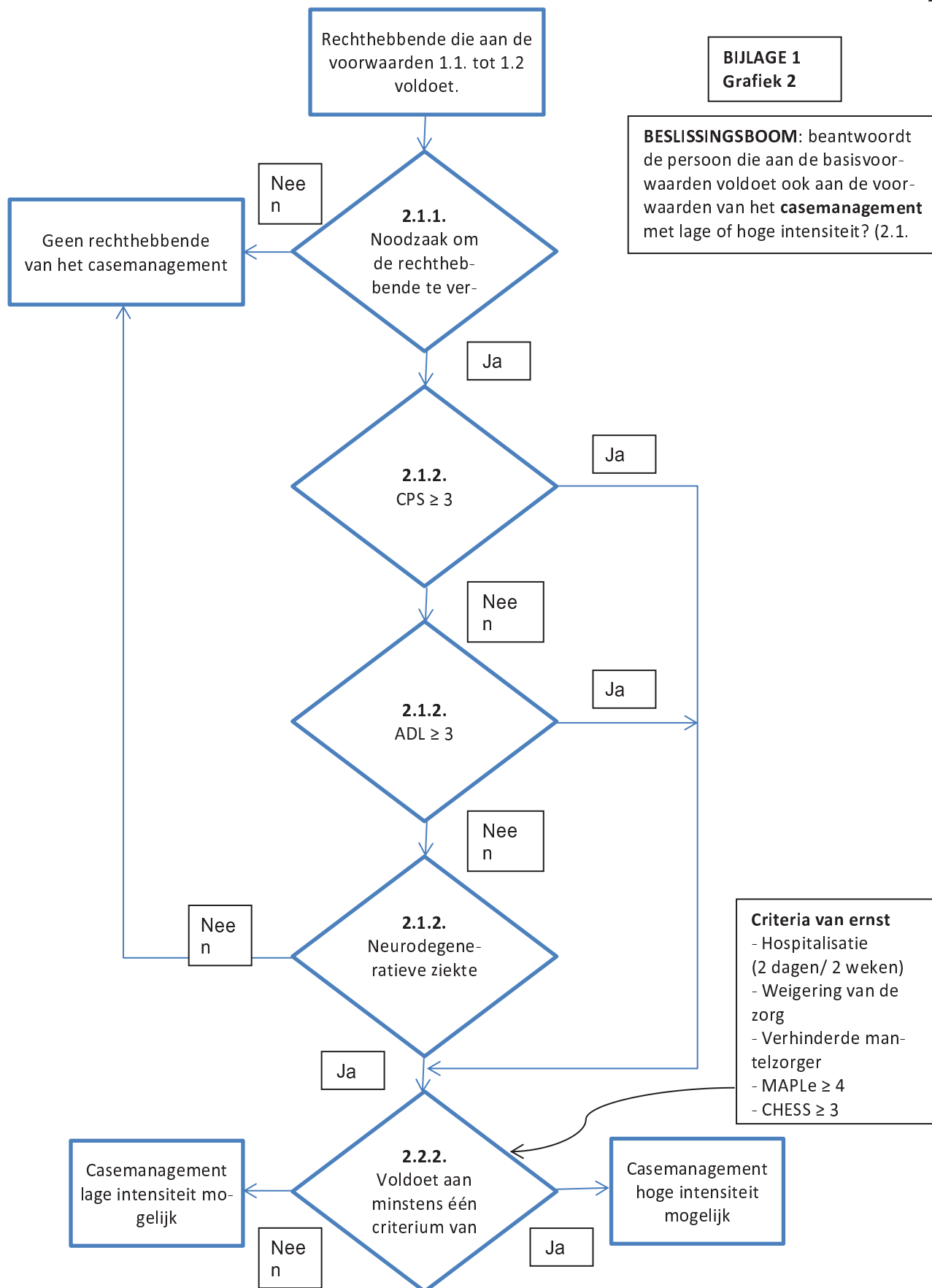
Alain Ghilain,
Directeur generaal a.i.

BIJLAGE 1
Grafiek 1

BESLISSINGSBOOM: is de persoon een rechthebbende van de overeenkomst? Verificatie van de **basisvoorwaarden**.

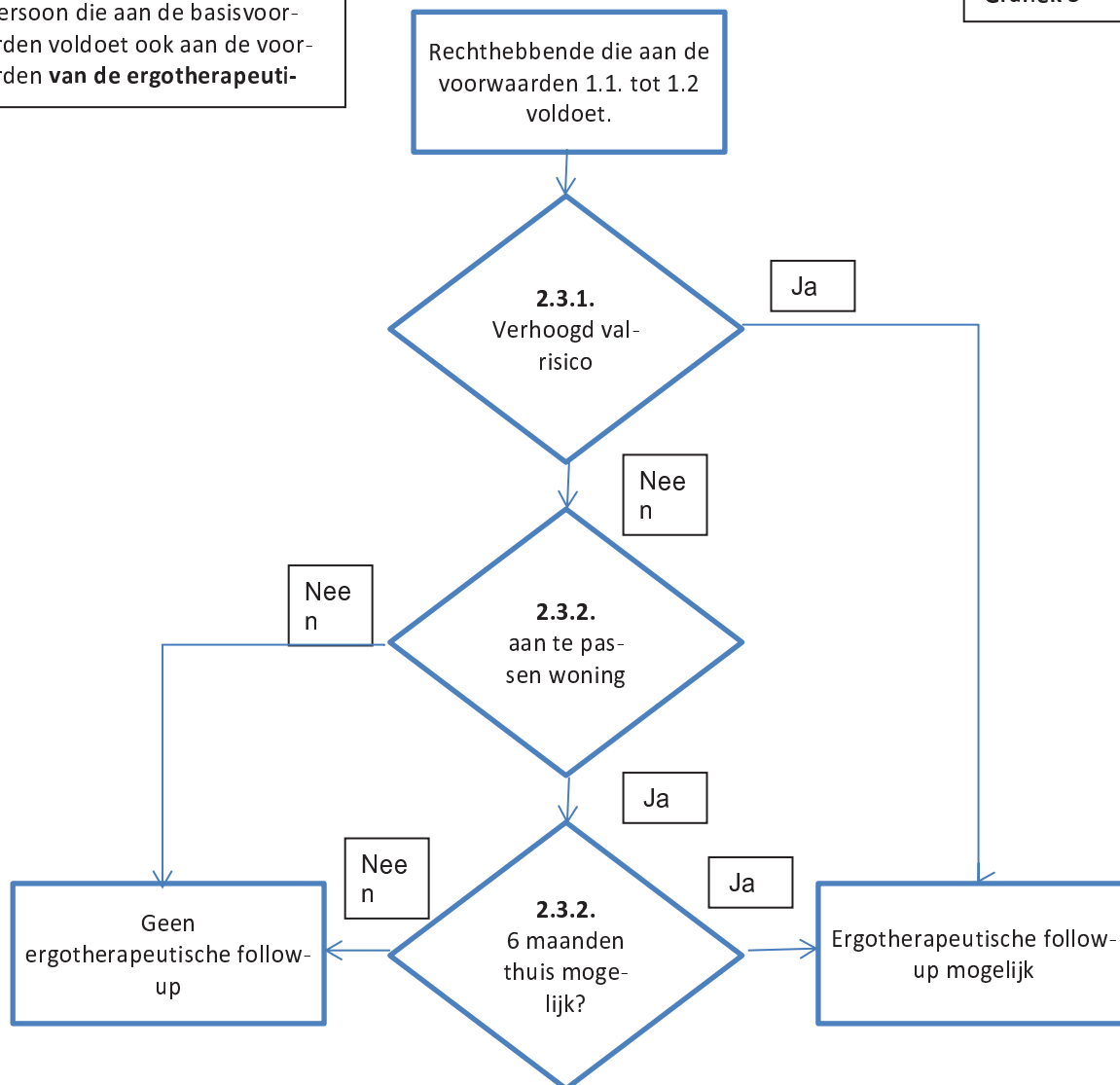

WAARSCHUWING

De grafieken 1 tot 4 van *bijlage 1* worden verstrekt als hulp bij de beslissing en ter illustratie van de voorwaarden die zijn vastgelegd in artikel 1. De indicaties die ze bevatten, vervangen deze voorwaarden in geen geval. Bij elke verificatie van een voorwaarde moet u steeds de tekst van artikel 1 raadplegen die de enige geldige tekst is. Het nummer dat bovenaan een beslissingsvak (ruit) staat, verwijst naar het lid van artikel 1 waarin deze voorwaarde volledig en precies is vastgelegd.



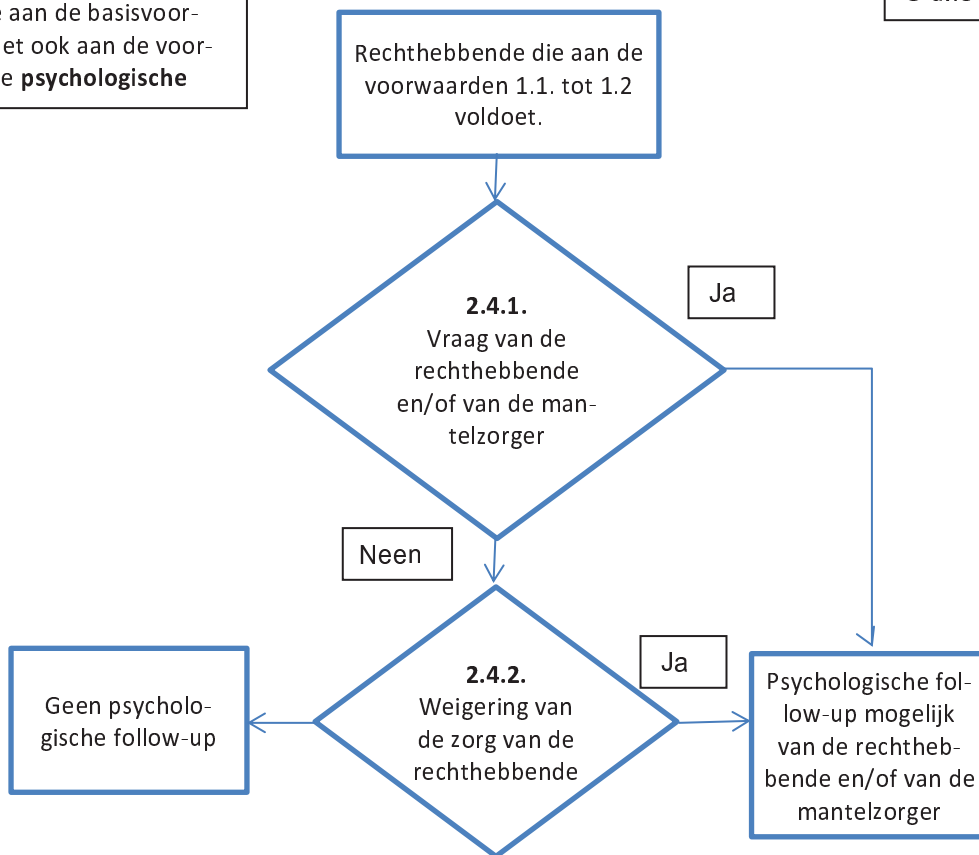
BESLISSINGSBOOM: beantwoordt de persoon die aan de basisvoorwaarden voldoet ook aan de voorwaarden **van de ergotherapeuti-**

BIJLAGE 1
Grafiek 3



BIJLAGE 1
Grafiek 4

BESLISSINGSBOOM: beantwoordt de persoon die aan de basisvoorwaarden voldoet ook aan de voorwaarden van de **psychologische**



BIJLAGE 2

Berekeningsmodaliteiten van de gemiddelde aantallen verstrekkingen per periode (artikel 10, § 2)

a) Het gerealiseerde gemiddelde wordt berekend met de formule: $\bar{X} = \sum U_i / P$

waarin $\sum U_i$ de som vertegenwoordigt van de aantallen facturatie-eenheden die zijn gerealiseerd in de loop van de periodes die in het beschouwde kalenderjaar zijn afgelopen, overeenkomstig hun type (casemanagement met hoge of lage intensiteit, ergotherapie, psychologische follow-up), en P het aantal periodes vertegenwoordigt.

Voor het casemanagement met lage intensiteit: $\bar{X} \leq 41$

Voor het casemanagement met hoge intensiteit (zonder psychologische follow-up): $\bar{X} \leq 66$

Voor de ergotherapie (zonder casemanagement): $\bar{X} \leq 17$

Voor de ergotherapie (met casemanagement): $\bar{X} \leq 12$

Voor de psychologische follow-up: $\bar{X} \leq 51$

b) Het minimum aantal eenheden gewijd aan zittingen wordt berekend uit het product van het gerealiseerde gemiddelde (punt a) met het minimumpercentage aan zittingen voor het type prestatie (60% voor casemanagement, 70% voor ergotherapie en psychologische follow-up).

Omgekeerd, het maximum aantal eenheden gewijd aan ondersteuning wordt berekend uit het product van het gerealiseerde gemiddelde (punt a) met het maximumpercentage aan ondersteuning voor het type van prestaties (40% voor casemanagement, 30% voor ergotherapie en psychologische follow-up).

Als de berekening van het aantal eenheden geen geheel getal oplevert, dan wordt het resultaat afgerond naar de dichtstbijzijnde eenheid (lagere eenheid indien het decimale gedeelte $< 0,5$; hogere eenheid ingeval het decimale gedeelte $\geq 0,5$).

Voorbeeld 1:

De berekening die in het begin van 2020 is uitgevoerd, heeft betrekking op het referentiejaar 2019.

In dit vereenvoudigde voorbeeld hebben 3 rechthebbenden *case management met lage intensiteit* gedurende periodes van 6 maanden gekregen:

- Rechthebbende A: periodes van 25.9.2018 tot 24.3.2019: 46 facturatie-eenheden
- Rechthebbende B: periodes van 6.2.2019 tot 5.8.2019: 33 facturatie-eenheden
- Rechthebbende C: periode van 9.8.2019 tot 8.2.2020: 40 facturatie-eenheden

De periodes van rechthebbenden A en B zijn in 2019 afgelopen, ze zullen dus in aanmerking worden genomen bij de berekening van het gemiddelde van 2019. De periode van rechthebbende C is in 2020 afgelopen en zal niet in aanmerking worden genomen bij de berekening van het gemiddelde van 2019; zij zal in 2021 voor 2020 in aanmerking worden genomen.

We nemen dus het geheel van facturatie-eenheden in aanmerking die voor rechthebbenden A en B zijn gerealiseerd, namelijk 46 en 33 eenheden en we delen dit door het aantal periodes, in dit geval 2:

$$(46 + 33) / 2 = 39,5$$

Opmerking:

Met *geheel van de facturatie-eenheden die in de loop van de periode zijn gerealiseerd*, wordt tegelijkertijd verstaan:

- De som van de facturatie-eenheden die overeenstemt met de zittingen en de ondersteunende verstrekkingen.
- Het geheel van de eenheden die in de loop van de in aanmerking genomen periode zijn gerealiseerd, met inbegrip van de eenheden die in 2018 zijn gerealiseerd (in het gegeven voorbeeld); de berekening heeft betrekking op de eenheden die *zijn gerealiseerd in de loop van de periodes die in 2019 zijn afgelopen*, niet op de enkele eenheden die in 2019 zijn gerealiseerd.

Voorbeeld 2:

In het vorige voorbeeld veronderstellen we dat rechthebbende A, bovenop de 1e periode, 39 facturatie-eenheden zou hebben ontvangen in de loop van een 2^e periode van 18.4.2019 tot 14.8.2019:

- Rechthebbende A: periode van 25.09.2018 tot 24.03.2019: 46 facturatie-eenheden
- Rechthebbende A: periode van 18.04.2019 tot

De berekening wordt dan:

$$(46 + 39 + 33) / 3 = 39,33$$

Voorbeeld 3:

In voorbeelden 1 en 2 is het gemiddelde onder het maximum van 41 eenheden gebleven.

We veronderstellen dat dit hoger lag. Rechthebbende B heeft 52 facturatie-eenheden gekregen:

$$(46 + 39 + 52) / 3 = 45,67$$

De overtollige eenheden mogen niet worden gefactureerd (of ze moeten worden terugbetaald, indien ze al gefactureerd zijn geweest).

Gerealiseerde eenheden: $46 + 39 + 52 = 137$

Te factureren eenheden: $41 \times 3 = 123$

Niet te factureren eenheden: $137 - 123 = 14$

De 14 overtollige eenheden mogen niet worden gefactureerd. Indien ze al gefactureerd zijn geweest, moeten ze aan de V.I.'s worden terugbetaald, per volledige eenheid, naar rata van het deel van elke V.I. in de facturatie van het jaar.

Voorbeeld 4:

In de vorige voorbeelden hebben we het verband tussen de zittingen en de ondersteunende verstrekkingen niet onderzocht. Laten we er nu van uitgaan dat de berekening van alle gemiddelden voor een project de volgende resultaten oplevert:

Type van verstrekkingen	Totaal		Ondersteuning	
	maximum	gerealiseerd	maximum	gerealiseerd
Casemanagement met lage intensiteit	41	40	$40 \times 40\% = 16$ 16	15
Casemanagement met hoge intensiteit	66	65	$65 \times 40\% = 26$ 26	32
Ergotherapie (zonder CM)	17	16	$16 \times 30\% = 4,8$ 5	4
Ergotherapie (met CM)	12	12	$12 \times 30\% = 3,6$ 4	4
Psychologische follow-up	51	48	$48 \times 30\% = 14,4$ 14	12

Kolom *Totaal, gerealiseerd*: gemiddelde van het geheel van facturatie-eenheden (zittingen + ondersteuning).

Kolom *Ondersteuning, maximum*: afgeronde maximale proportie van de gerealiseerde ondersteuning

Kolom *Ondersteuning, gerealiseerd*: gemiddelde van de facturatie-eenheden louter voor de ondersteunende verstrekkingen.

We stellen vast dat het maximale gemiddelde van de ondersteunende verstrekkingen wordt overschreden bij het casemanagement met hoge intensiteit. De overtollige *ondersteuningseenheden* zijn dus niet factureerbaar, ook al wordt het gemiddelde van het totaal van de eenheden (zittingen en ondersteuning) niet overschreden.

De berekening van de overtollige eenheden gebeurt zoals in het derde voorbeeld:

Veronderstel dat 4 patiënten ondersteuningsprestaties hebben ontvangen (28, 26, 33 en 41 eenheden) voor het casemanagement van hoge intensiteit:

Gerealiseerde eenheden: $28 + 26 + 33 + 41 = 128$

Factureerbare eenheden: $26 \times 4 = 104$

Niet factureerbare eenheden: $128 - 104 = 14$

Berekening van de verzekeringstegemoetkoming

1. BASISGEGEVENS

Werkdagen per jaar en per VTE

Jaar	Weekends	Feestdagen	Verlofdagen	Overige afwezigheidsdagen*	
365	104	12	24	10	215

* 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)
215	7,6	1.634

Loonmassa:

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

* 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)	Algemene kosten* (d) = (c) x 1,15	Verplaatsingen** (e) = (c) x 1,15	Totaal (f) = (c) + (d) + (e)
Casemanager	35,34	5,30	5,30	45,94
Ergotherapeut	35,34	5,30	5,30	45,94
Psycholoog	43,36	6,50	6,50	56,37

* Alle werkingskosten, uitgezonderd personeelskosten, die forfaitair zijn berekend (coördinatie, facturatie, gebruik van gebouwen, meubilair, kantoor- en computermateriaal, voertuigen, verzekeringen, financiële lasten...)

** 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%
Casemanager & ergotherapeut	2	91,88	
Psycholoog	0,5	28,18	
Totaal		120,06	121,80

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

Functie	Bedrag (i) = (f) / 2	Bedrag op 1/1/2019 +1,45%
Casemanager	22,97	23,30
Ergotherapeut	22,97	23,30
Psycholoog	28,18	28,59

Gedetailleerd overzicht van de gefactureerde verstrekkingen:

	Datum verstrekking	Pseudocode verstrekking	Aantal	Totaal (EUR, tot op 2 na de komma afgerond)
1	.../.../...
2	.../.../...
3	.../.../...
4	.../.../...
5	.../.../...
6	.../.../...
7	.../.../...
8	.../.../...
9	.../.../...
10	.../.../...
11	.../.../...
12	.../.../...
13	.../.../...
14	.../.../...
15	.../.../...
16	.../.../...
17	.../.../...
			TOTAAL : euro

VERZAMELKOSTENNOTA

Nota nr. blz.

Identificatie van het project “zorgvernieuwing ouderenzorg – protocol 3”

Naam:
Adres:
Tel.:
Mail :
RIZIV-nummer:

KBO-nummer van de innende organisatie :

Identificatie van de Verzekeringsinstelling:

Naam:

Adres:

Verzamelkostennota nr. van tot

Nummer van de individuele nota	Naam en voornaam van de patiënt	INSZ		Totaal ten laste V.I.
.....
.....
.....
Algemeen totaal voor de V.I.:			

Te betalen op rekening:

IBAN

op naam van :

.....

met de verwijzing:

Ik bevestig dat de hierboven vermelde kosten juist zijn.

De verantwoordelijke van het project

(Datum, naam en handtekening)

RIZIV NUMMER	NAAM PROJECT	ADMIN COORDINATOR	ADRESS	CP	STAD
75901708	Wegwijs	WZC Huize Zonnelied vzw	Stationsstraat 24	8900	Ieper
75910616	Psychologische begeleiding ouderen/mantelzorgers - Thuiszorgzekerheid door een gecoördineerd en integraal z	Thuisverzorging in Solidariteit vzw	Tramstraat, 61	9052	Zwijnaarde
75902104	Zorg op maat bij opnamevraag	RVT St Anna	Havenlaan, 7	3582	Beringen
75903884	Gerontopsychiatrisch expertisecentrum Menos	Wit-Gele Kruis	Wit Gele Kruis Welzijns-campus, 25	3600	Genk
75903092	Cape (casemanagement, psychologische follow-up en ergotherapeutische follow-up)	Onze Lieve Vrouw van Lourdes vzw	Domein Kloosterhof, Kloosterhof, 45	8720	Dentergem
75903686	@ zorg (ADD ZORG)	WZC Leihome	Kloosterstraat, 9	9031	Drongen
75904082	Integraal aanbod voor jongdementen in regio Brugge	WZC Regina Coeli voor senioren	Koning Leopold III laan, 4	8200	Brugge
75904676	Zorgcirkels 24	WZC St Bernardus	Egenhovestraat, 22	3060	Bertem
75910022	Op maat	Huis Perrekes vzw	Zammelseweg 1	2440	Geel
75910319	Thuiszorg 2.0 - Thuiszorgzekerheid in regio Oostende	Thuisverzorging in Solidariteit vzw	Tentoonstellingslaan 76	9000	Gent
75910517	24 uren zorggarantie met zorgcoach in Groot-Tienen en Hoegaarden- PIOT - psychotherapeutische interventies v	WZC Sint-Alexius	Alexianenweg 27	3300	Tienen
75910715	Langer thuis met extra zorg, trajectbegeleiding door thuiszorg- en woonzorgpartners voor kandidaat-rusthuisbev	WZC huize Roborst	Kloosterstraat 1	9630	Zwalm
75910814	Som+ , Samenwerken op maat levert een plus op !	vzw zorgnetwerk Trento - WZC Campus sint Jozef PE77	Molenstraat 11	9220	Hamme
75910913	Geïntegreerd zorgcircuit voor jonge mensen met dementie	SEL Kempen	Antwerpseweg 1A bus 1	2440	Geel
75911111	OOT - Oriëntatie en opvolgingstraject voor de kwetsbare oudere	GDT GOAL	Maria Theresiastraat 63a	3000	Leuven
75940013	Dionysos III	Structure SA1L ASBL	Rue de l'association, 15	1000	Bruxelles
75940112	Prise en charge multidisciplinaire et coordonnée centrée sur les patients de plus de 60 ans atteints de syndromes	ASBL AREMIS	Chaussée de Boondaël, 390	1050	Bruxelles
75970103	Patients – Soignants-Aidants : une relation intégrée	Centrale de Services à Domicile MUT a.s.b.l. (C.S.D. MUT)	Avenue Max Buset 38	7100	La Louvière
75970202	Maintenir son lieu de vie à domicile – Equipe de soutien	Aide et Soins à Domicile Hainaut Oriental asbl	Rue du Douaire 40/1	6150	Anderlues
75970301	A l'écoute du Bien- Etre du patient à domicile	Aide et Soins à Domicile en Brabant Wallon	Chaussée de Namur 52C	1400	Nivelles
75970992	Service d'accompagnement gériatrique à domicile, en province de Liège	Aide et Soins à Domicile de l'arrondissement de Verviers a.s.	rue de Dison, 175	4800	Verviers
75990095	Dienststelle für Selbstbestimmtes Leben	Dienststelle für Selbstbestimmtes Leben	Vennbahnstrasse 4/4	4780	St-Vith