

PROJECT PALLIATIEVE ZORG

RIZIV

DIENST VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING

JULI - 2004

INHOUDSTAFEL

	Page
Overzicht tabellen :	3
Overzicht grafieken :	4
Overzicht bijlagen :	6
Algemene inleiding :	7
Deel 1 : Doelstelling “globale evaluatie”	9
Hoofdstuk 1 : Multidisciplinaire begeleidingsequipes - 1998	10
Hoofdstuk2 : Palliatief forfait - 1999	24
Hoofdstuk 3 : Thuisverpleging – 2001	27
Hoofdstuk 4 : Palliatieve zorg in ROB-RVT – 2001	31
Hoofdstuk 5 : Dagcentra voor palliatieve verzorging - 2002	36
Hoofdstuk 6 : Afschaffing persoonlijk aandeel (remgeld) voor bezoeken van de huisarts bij een palliatieve patiënt – juli 2002	42
Deel 2 : Doelstelling “evaluatie van het statuut van de palliatieve patiënt”	45
Deel 3 : Doelstelling “analyse van de noodzaak of wenselijkheid van bijkomende vergoeding voor kine-verstrekkingen”	47
Deel 4 : Doelstelling “dagcentra voor palliatieve patiënten - integratie in de sector ROB-RVT ?”	53
Deel 5 : Overzicht van de geldende reglementering voor palliatieve verzorging	56
Deel 6 : Cijfergegevens	64
Hoofdstuk 1 : Financiële gegevens	64
Hoofdstuk 2 : Statistische gegevens	65
Slotbeschouwingen :	88
Bibliografie :	97
Bijlagen :	99

OVERZICHT TABELLEN

	Page
Tabel 1 : Uitgaven voor multidisciplinaire begeleidingsequipes	14
Tabel 2 : Leeftijdsstructuur van het patiënteel van de equipen	16
Tabel 3 : Familiale situatie van het patiënteel van de equipen	16
Tabel 4 : Leefsituatie van het patiënteel van de equipen	17
Tabel 5 : Plaats van overlijden van het patiënteel van de equipen	17
Tabel 6 : Analyse van de begeleidingsduur van patiënten ten laste genomen door de equipen	18
Tabel 7 : Aantal huisartsen dat samenwerkt met de equipen en het aantal patiënten dat zij opvolgen	19
Tabel 8 : Uitgaven voor palliatief forfait	25
Tabel 9 : Evolutie van het aantal palliatieve forfaits	25
Tabel 10 : Plaats van overlijden	26
Tabel 11 : Plaats van overlijden – met of zonder thuisverpleegkundige zorg	26
Tabel 12 : De huidige (1 juli 2004) honoraria voor thuisverpleging zijn (in EUR)	27
Tabel 13 : Uitgaven voor palliatieve zorg – sector thuisverpleging	28
Tabel 14 : Uitgaven voor palliatieve zorg – sector ROB – RVT	33
Tabel 15 : Uitgaven voor dagcentra voor palliatieve verzorging	38
Tabel 16 : Uitgaven voor bezoek van huisarts bij palliatieve patiënten	43
Tabel 17 : Plaats van kinesitherapieverstrekkingen in percentages	49
Tabel 18 : Type van tegemoetkomingscategorie – kinesitherapie	49
Tabel 19 : FICTIEF voorbeeld van de financiële kost ingevolge kine-behandeling voor een courante aandoening bij een rechthebbende zonder voorkeurtarief (prijzen 01/07/04).	51
Tabel 20 : Geboekte uitgaven	64
Tabel 21 : Overzicht activiteitsgebied per equipe	122
Tabel 22 : Overzicht jaarlijks budget per equipe	123
Tabel 23 : Overzicht personeelsomkadering per equipe	124
Tabel 24 : Overzicht patiënteel van de equipen : al dan niet kankeraandoening	125
Tabel 25 : Overzicht arbeidstijd per equipe	126
Tabel 26 : Overzicht opnameindicaties dagcentra	152
Tabel 27 : Vergelijking forfait Dagcentra voor palliatieve verzorging en Centra voor dagverzorging	156

OVERZICHT GRAFIEKEN

	Page
Grafiek 1 : Verdeling van palliatieve patiënten met of zonder thuisverpleging.	67
Grafiek 2 : Verdeling van palliatieve patiënten met thuisverpleging in functie van het aantal dagen thuisverpleging	68
Grafiek 2bis : Cumulatief diagram van de verdeling van palliatieve patiënten in functie van het aantal dagen thuisverpleging	69
Grafiek 3 : Verdeling van palliatieve patiënten met thuisverpleging [meer dan 60 dagen ; hoogstens 60 dagen]	70
Grafiek 4 : Percentages van ziekenhuisverblijven van palliatieve patiënten [zonder of met thuisverpleging]	71
Grafiek 5 : Verdeling van overlijdens van palliatieve patiënten [zonder of met thuisverpleging]	72
Grafiek 6 : Evolutie van het aantal palliatieve forfaits [verdeeld in een eerste forfait en een hernieuwing]	73
Grafiek 7 : Vergelijking van overlijdenspercentage van palliatieve patiënten [algemeen en met thuisverpleging]	74
Grafiek 8 : Doelgroepen van palliatieve patiënten per verzorgingstype [kinesithérapie ; thuisverpleging ; beide]	75
Grafiek 9 : Verdeling van palliatieve patiënten met kinesithérapieverstrekkingen in functie van de plaats van verstrekking	76
Grafiek 10 : Verdeling van palliatieve patiënten met kinesithérapieverstrekkingen in functie van het soort pathologie	77
Grafiek 11 : Verdeling van palliatieve patiënten met kinesithérapieverstrekkingen [voor elke plaats van verstrekking (100 %) een verdeling per type van pathologie]	78
Grafiek 12 : Gemiddeld aantal verstrekkingen per palliatieve patiënt per plaats van verstrekking en per type van pathologie	79
Grafiek 13 : Verdeling van geneesheren in functie van het aantal bezoeken per palliatieve patiënt	80
Grafiek 14 : Cumulatief diagram van de verdeling van geneesheren in functie van het aantal bezoeken per palliatieve patiënt	81
Grafiek 15 : Verdeling van palliatieve patiënten in functie van de nomenclatuurcode [algemeen codenummer of specifieke palliatieve code]	82
Grafiek 16 : Verdeling van de gevallen betreffende palliatieve patiënten in functie van de nomenclatuurcode [algemeen codenummer of specifieke palliatieve code]	83
Grafiek 17 : Gemiddeld aantal verstrekkingen per palliatieve patiënt naargelang de beschouwing [totaal ; algemeen ; specifiek]	84
Grafiek 18 : Verdeling van palliatieve patiënten en de overeenstemmende gevallen per nomenclatuurcode	85
Grafiek 19 : Rol van de multidisciplinaires équipes	86
Grafiek 20 : Verdeling van palliatieve patiënten in functie van de plaats van overlijden [Populatie/Palliatief (met forfait)/Palliatief (zonder forfait)] – jaar 2002	87
Grafiek 21 : Leefjidsdistributie patiënteel dagcentra	153

Grafiek 22	: Spreiding van palliatieve patiënten met kine-zorg (per categorie en plaats)	154
Grafiek 23	: Aantal kine-prestaties per palliatieve patiënt (per plaats van verstrekking)	155

OVERZICHT BIJLAGEN

			Page
Bijlage 1 :	Algemene inleiding :	Projectfiche	99
Bijlage 2 :	Deel 1 – hoofdstuk 1 - equipes :	Overeenkomst multidisciplinaire begeleidingsequipes	102
Bijlage 3 :	Idem	Overzicht activiteitsgebied per equipe	122
Bijlage 4 :	Idem	Overzicht jaarlijks budget per equipe	123
Bijlage 5 :	Idem	Overzicht personeelsomkadering per equipe	124
Bijlage 6 :	Idem	Overzicht patiënteel equipes : al dan niet kankeraandoening	125
Bijlage 7 :	Idem	Overzicht arbeidstijd per equipe	126
Bijlage 8 :	Deel 1 – hoofdstuk 5 - dagcentra :	Overeenkomst dagcentra voor palliatieve verzorging	127
Bijlage 9 :	Idem	Advies NRZV inzake dagcentra voor palliatieve verzorging	150
Bijlage 10 :	Idem	Patiënteel dagcentra : zorgafhankelijkheid - opnameindicatie	152
Bijlage 11 :	Idem	Leeftijdsstructuur patiënteel dagcentra	153
Bijlage 12 :	Deel 3 – kinesitherapie :	Kine-verstrekkings per tegemoetkomings-categorie	154
Bijlage 13 :	Idem	Kine-prestaties per patiënt	155
Bijlage 14 :	Deel 4 – integratie dagcentra :	Vergelijking forfait dagcentra voor palliatieve verzorging (DPZ) versus centra voor dagverzorging (CDV)	156

ALGEMENE INLEIDING

Op 20 september 2003 heeft Rudy Demotte, minister van sociale zaken en volksgezondheid, tijdens de openingszitting van de “**Gezondheidsdialogen**” het startschot gegeven voor een reeks van dialogen met de partners in het gezondheidszorgbeleid. Deze partners zijn de organisaties die de zorgverstrekkers vertegenwoordigen, de gezondheidszorgvoorzieningen en de verzekeringsinstellingen.

Per sector is een synthesesenota opgemaakt waarin een overzicht gegeven wordt van de besprekingen met de partners in de gezondheidsdialogen. Veertien sectorale synthesesenota's vormen de basis voor een tweede plenaire vergadering van de “Gezondheidsdialogen” die heeft plaatsgevonden op 25 januari 2004, vier maanden na de plenaire openingszitting.

In navolging hiervan heeft het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (Riziv) onder andere de opdracht gekregen een **globale evaluatie** te maken “van al wat in het leven werd geroepen met het oog op de tenlasteneming van de patiënten via het aanbod inzake **palliatieve zorg**”.¹

Het gezondheidszorgbeleid van de Minister is gebaseerd op drie fundamentele elementen zoals: de verbetering van de toegankelijkheid van zorgen, de verbetering van de kwaliteit van zorgen en de duurzaamheid van het gezondheidsstelsel. Daarom is ook tijdens de uitvoering van dit project globaal gezien rekening gehouden met deze algemeen geldende basisprincipes.

De doelstellingen van het “project palliatieve zorg” zijn vastgelegd in de projectfiche van 26 februari 2004 en vervolgens goedgekeurd in de stafvergadering van de Dienst voor geneeskundige verzorging van 1 maart 2004. Deze projectfiche is ter informatie toegevoegd aan het rapport. *Zie bijlage p. 99.*

De operationele **doelstellingen van het project** luiden als volgt :

- Globale evaluatie (met opgave van het aantal bereikte patiënten, of de opzetten gerealiseerd zijn, de begroting en de uitgaven) van al wat in het leven werd geroepen met het oog op de tenlasteneming van de patiënten via het aanbod inzake palliatieve verzorging.²
- Evaluatie criterium palliatieve patiënt.
- Analyse van de noodzaak of wenselijkheid van bijkomende vergoeding voor kine-verstrekkingen
- Analyse van de noodzaak of wenselijkheid van aparte dagcentra voor palliatieve patiënten versus integratie van het concept palliatieve dagverzorging in centra voor dagverzorging van de sector Rustoord voor bejaarden-Rust en verzorgingstehuizen (ROB-RVT).

De palliatieve maatregelen waarvan sprake is in dit rapport hebben betrekking op verschillende deelaspecten van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Riziv. Het projectteam is bijgevolg samengesteld uit Riziv-medewerkers die er sinds lang bij betrokken zijn en die de verschillende deelaspecten nauwgezet opvolgen. Het team staat onder supervisie van dr. Georges Vereecke, geneesheer-inspecteur-generaal en waarnemend leidend ambtenaar.

¹ Gezondheidsdialogen – Sectorale synthese van de Gezondheidsdialogen: de Riziv-overeenkomsten, voorgestelde korte termijn acties, punt 2.1.3), blz. 3.

² Ibidem

Teneinde een goed overzicht te kunnen geven van de verschillende maatregelen die genomen zijn, wordt in het kader van de doelstelling “globale evaluatie” (deel 1) per sector een zelfde volgorde van bespreking gehanteerd, namelijk :

- Doelgroep – over welke patiënten gaat het ?
- Omschrijving maatregel - welke kosten worden ten laste genomen?
- Aanvraagprocedure
- Evaluatie budgettaire uitgave
- Evaluatie globaal: outcome maatregel (cijferanalyse + commentaar) en eventuele knelpunten
- Reflecties vanuit de sector: feed-back over beleidsdoelstelling en bereikt resultaat
- Aandachtspunten op cliëntenniveau (microniveau) en organisatieniveau (mesoniveau)
- Aandachtspunten voor het beleid (macroniveau)

Bij de bespreking van de overige drie doelstellingen wordt een eerder willekeurige structuur gebruikt die beter aansluit bij het thema zelf.

Aansluitend wordt een overzicht gegeven van de reglementering ter zake.

De evaluatie van de verschillende maatregelen is zoveel mogelijk gebeurd aan de hand van cijfermateriaal en enkele relevante cijfers staan vermeld per hoofdstuk. De globale cijfermatige analyse is gebundeld als een apart geheel.

In het kader van dit project zijn enkel Riziv-maatregelen besproken die betrekking hebben op de **ambulante sector**.

De **keuze voor een chronologische opeenvolging** van de verschillende beleidsinitiatieven is mede het gevolg van de sectorgebonden beleids- en overlegstructuren binnen de ziekteverzekering. De gekozen volgorde van bespreking is zeker niet bepalend voor de impact van een specifieke maatregel op het geheel van het zorgaanbod voor palliatieve patiënten.

Elke maatregel wordt besproken als een apart geheel waarbij telkens dieper ingegaan wordt op de specificiteit van elke sector en gelijktijdig gezocht wordt naar eventuele raakpunten met andere beleidsinitiatieven inzake verbetering van de tegemoetkoming voor palliatieve zorg.

Om afsluitend een **synthese** te maken van de **meest relevante kenmerken per sector en transsectoraal** worden al deze elementen samengebracht in een aparte rubriek “**slotbeschouwingen**” genoemd.

Dit rapport beperkt zich louter tot de maatregelen genomen het in het kader van de GVVU-wet. Binnen de voorziene looptijd van het project palliatieve zorg is het onmogelijk gebleken exhaustief te zijn en ook andere maatregelen inzake palliatieve zorg onder de loep te nemen die onder de bevoegdheid vallen van de Federale overheid volksgezondheid of van de Gemeenschappen.

*Palliatieve zorg is leven toevoegen aan de dagen en
is niet dagen toevoegen aan het leven.*

DEEL 1 – DOELSTELLING “GLOBALE EVALUATIE”

De verschillende Riziv-maatregelen die de voorbije jaren genomen zijn in het kader van de palliatieve verzorging worden één voor één overlopen.

Deze initiatieven ter verbetering van de kwaliteit en de toegankelijkheid van palliatieve zorg, hebben betrekking op meerdere subsectoren van de Dienst voor geneeskundige verzorging.

Om al deze informatie op een overzichtelijke wijze naar voren te brengen, is geopteerd voor een chronologische opeenvolging, in functie van het jaar van inwerkingtreding van de maatregel.

Zoals vermeld in de inleiding wordt voor elk onderdeel een zelfde volgorde van bespreking gehanteerd.

HOOFDSTUK 1 – MULTIDISCIPLINAIRE BEGELEIDINGSEQUIPES - 1998

Inleiding : de **bestaanreden** voor de multidisciplinaire begeleidingsequipes

De verzorging thuis van palliatieve (terminale) patiënten kan specifieke problemen stellen voor de eerste-lijn-zorgverleners. Niettegenstaande bijscholing inzake palliatieve zorg een duidelijke meerwaarde heeft voor de betrokken zorgverleners blijft de vraag of er voldoende specifieke kennis aanwezig is bij de huisartsen en de thuisverpleegkundigen omdat zij in hun beroepspraktijk meestal relatief weinig geconfronteerd worden met palliatieve patiënten. De concrete problemen die zich voordoen, kunnen sterk verschillen van patiënt tot patiënt.

De begeleidingsequipes beschikken over een zeer grote specifieke deskundigheid en ervaring en zijn overal in het land opgericht om de eerste lijn te ondersteunen bij de verzorging van palliatieve patiënten. De eerste-lijn-zorgverleners blijven zelf verantwoordelijk voor de verzorging en de equipes leveren een aanvullende bijdrage.

Er zijn 28 equipes die met het Riziv een overeenkomst gesloten hebben. De minimale criteria waaraan deze overeenkomsten moeten voldoen, zijn vastgelegd bij koninklijk besluit in 1998.¹ (Zie tekst overeenkomst in bijlage p. 102.)

Sinds 1991 werd reeds een (beperkte) subsidie toegekend voor experimenten inzake palliatieve zorgverlening ambulantly of residentieel, kortweg de "experimenten Busquin" genoemd. Enkele van de equipes die nu een Riziv-conventie hebben, waren van bij de oorsprong in 1991 reeds betrokken bij deze initiatieven inzake palliatieve zorgverlening.

1. **Doelstelling - doelgroep**²

Het **samenwerkingsverband** (cf. KB 19 juni 1997)³ moet kunnen beschikken over een multidisciplinaire begeleidingsequipe (MBE) ter ondersteuning van de palliatieve zorg in de thuissituatie. Het samenwerkingsverband is verantwoordelijk voor een bepaalde regio, overal in het land zijn zulke samenwerkingsverbanden opgericht en officieel erkend⁴. Deze samenwerkingsverbanden hebben tot taak alle mogelijke initiatieven te nemen om de palliatieve verzorging in hun gebied uit te bouwen en te verbeteren. Hun activiteiten omvatten onder meer informatie verspreiden, vorming van zorgverleners en coördinatie van het verzorgingsaanbod.

De erkenning en financiering van de samenwerkingsverbanden is **geen** bevoegdheid van het Riziv.

De **begeleidingsequipe** moet :

- Een aanvullende bijdrage leveren in de ondersteuning en palliatieve verzorging van terminale patiënten die hun laatste levensfase thuis willen doorbrengen en thuis willen sterven.
- De verzorging moet dezelfde kwaliteitsgaranties bieden als bij opname in het ziekenhuis.
- De equipe moet zelf een zeer grote expertise bezitten omtrent alle aspecten van palliatieve verzorging (medisch, verpleegkundig, sociaal-relatieel, psychologisch) en alle problemen die zich daarbij kunnen voordoen.

¹ 13 oktober 1998 – Koninklijk besluit tot bepaling van de minimale criteria waaraan de "overeenkomsten" tussen de multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging en het Verzekeringscomité ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering moeten voldoen.

² Artikels 2, 4 en 5 van de Overeenkomst tussen het Verzekeringscomité en de inrichtende macht van de multidisciplinaire begeleidingsequipe.

³ Koninklijk besluit van 19 juni 1997 houdende vaststelling van de normen waaraan een samenwerkingsverband inzake palliatieve zorg moet voldoen om te worden erkend.

⁴ Meestal is het samenwerkingsverband zelf de inrichtende macht van een ondersteuningsequipe. Sommige samenwerkingsverbanden hebben echter een equipe erkend die door een andere inrichtende macht wordt beheerd.

Om deze doelstelling te bereiken :

- Geeft de equipe in de eerste plaats adviezen over palliatieve verzorging aan de betrokken eerste-lijn-verstreckers die, onder leiding van de huisarts van de patiënt, in ieder geval zelf verantwoordelijk blijven voor de verzorging en begeleiding van de patiënt.
- In sommige gevallen kan de equipe zelf bepaalde aspecten van de palliatieve verzorging en begeleiding op zich nemen. Voorafgaand overleg en toestemming van de betrokken eerste-lijn-zorgverstreckers is vereist.

Andere (niet-officiële) benamingen die voor deze equipes worden gebruikt, zijn de (palliatieve) "tweedelij-n-equipen" en de "thuiszorgequipen".

De beoogde **doelgroep** van patiënten die als palliatief worden beschouwd, zijn **terminaal zieke patiënten** die aan een ongeneeslijke ziekte lijden en die bovendien aan de volgende voorwaarden beantwoorden:

- de algemene gezondheidstoestand dient eerder slecht te zijn; de patiënt zal dan ook meestal afhankelijk zijn van derden voor wat sommige handelingen van het dagelijks leven betreft;
- elke niet-louter-symptomatische behandeling van de patiënt is overbodig;
- er wordt geen voorzienbare remissie van de patiënt verwacht;
- de verzorging van de patiënt vergt een belangrijke tijdsintensieve en volgehouden inzet van verzorgend personeel met een specifieke bekwaamheid (algemeen geneeskundige, verpleegkundigen, enz.) en in sommige gevallen ook aangepaste technische middelen.

De nog resterende levensverwachting van de patiënt is weliswaar niet in detail opgegeven (cf. KB 2 december 1999, zie hoofdstuk 2) maar het betreft zonder twijfel terminaal zieke patiënten.

De periode tijdens welke een palliatieve patiënt (rechtstreeks of onrechtstreeks) ondersteund wordt, bedraagt gemiddeld (op jaarbasis) één maand.

De equipe kan inzake palliatieve verzorging ook **advies** geven aan zorgverstreckers werkzaam in een Rustoord voor bejaarden (ROB), een Rust- en verzorgingstehuis (RVT), een Psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT), een Initiatief voor beschut wonen (IBW) of gelijk welke andere erkende huisvestingsinrichting. Maar dat is echter niet de kerntaak van de equipe.

De equipe komt niet tussen voor patiënten die in een ziekenhuis verblijven tenzij met het oog op de voorbereiding tot ontslag.

2. Omschrijving van de maatregel

Ten einde de doelstelling van optimale palliatieve patiëntenzorg te bereiken via ondersteuning van het samenwerkingsverband, geeft de equipe :

- In de eerste plaats **adviezen over palliatieve verzorging aan de betrokken eerste-lijn-verstreckers** die, onder leiding van de huisarts van de patiënt, in ieder geval zelf verantwoordelijk blijven voor de verzorging en begeleiding van de patiënt.
- In sommige gevallen kan de equipe zelf bepaalde aspecten van de palliatieve verzorging en begeleiding op zich nemen. Voorafgaand overleg en toestemming van de betrokken eerste-lijn-zorgverstreckers is vereist.

De tussenkomsten van de equipe zijn uitsluitend bestemd voor palliatieve patiënten die hun laatste levensfase in hun thuismilieu willen doorbrengen en er ook willen sterven.

Bij de omschrijving van de basisopdracht van een multidisciplinaire begeleidingsequipe wordt een onderscheid gemaakt tussen kernactiviteiten en andere.

Kernactiviteiten van de equipe zijn :

- Overleg plegen met betrokken zorgverstrekkers en hen advies geven over alle aspecten van palliatieve zorgverlening zoals pijnbehandeling, bestrijding allerlei kwalen (nausea, anorexia, ...), gebruik gespecialiseerd hulpmateriaal, psychologische en morele ondersteuning en informatie geven aan de patiënt en zijn omgeving over diagnose, behandeling en prognose. Een telefonische permanentie is daarom vereist.
- Een goede organisatie en coördinatie van de palliatieve verzorging bewerkstelligen door afspraken te maken met de huisarts, andere (professionele) zorgverstrekkers, mantelzorg, enz.
- Psychologische en morele ondersteuning bieden aan de betrokken eerste-lijn-zorgverstrekkers.
- In overleg met de huisarts kan de equipe zelf bepaalde aspecten van de verzorging op zich nemen (maar zo beperkt mogelijk) met het oog op overdracht van kennis en vaardigheden naar de betrokken eerste-lijn-zorgverstrekkers.

Nevenactiviteiten zijn onder andere :

- Praktische opleiding en begeleiding van vrijwilligers;
- Telefonische opvang ten aanzien van patiënten en hun omgeving.

Samenstelling multidisciplinaire begeleidingsequipe – algemeen principe¹

Een equipe die actief is in een **gebied met 200.000 inwoners** kan beschikken over een **personeelskader van 2,6 VTE** en, gelet op die omkadering, is de equipe in staat op jaarbasis **minstens 100 palliatieve patiënten** te begeleiden.

Equipes die actief zijn in een gebied met méér inwoners, kunnen op een proportioneel grotere personeelsomkadering aanspraak maken, mits het minimum aantal patiënten dat ze op jaarbasis zouden moeten begeleiden, eveneens pro rata wordt verhoogd.

Normaliter komt per erkend samenwerkingsverband slechts één equipe in aanmerking voor het sluiten van de overeenkomst.

Meerdere equipes per samenwerkingsverband zijn enkel toegestaan indien het inwonersaantal van de regio toebehorend aan een erkend samenwerkingsverband een veelvoud is van 200.000. De personeelsomkadering wordt proportioneel vastgelegd.

3. Aanvraagprocedure

De algemene voorwaarde tot aanrekenen van het forfait is het **leveren van een wezenlijke rechtstreekse of onrechtstreekse bijdrage tot de palliatieve verzorging** van de patiënt.

Op basis van deze indicatie maakt de **huisarts** een **attest** op dat (met het oog op facturatie) een essentieel onderdeel is van het individuele patiëntendossier dat de equipe bijhoudt.

De equipe moet zelf nagaan of de betrokken patiënt beantwoordt aan de criteria van palliatieve patiënt zoals bepaald in artikel 4 van de overeenkomst.

De equipe kan per rechthebbende slechts **éénmalig een forfaitair bedrag** aanrekenen dat alle rechtstreekse en onrechtstreekse tussenkomsten dekt van de equipe alsook alle werkingskosten (huisvesting, vorming equipe, verplaatsing, telefoon, administratie, ..., opleiding vrijwilligers).

Indien de begeleidingsperiode van een patiënt meerdere jaren zou duren, moet de equipe erover waken dat de noodzakelijke palliatieve verzorging gegeven wordt niettegenstaande het forfait **nooit** meer opnieuw kan worden aangerekend, ook niet in een ander jaar of door een andere equipe. Indien een andere equipe de begeleiding van de patiënt overneemt, bijvoorbeeld na een feitelijke verhuizing, moet de voorgaande equipe afspraken maken met de nieuwe equipe en minstens 75% van het (vroeger geïnde) forfaitbedrag overmaken aan de nieuwe equipe.

¹ Artikel 2, §§ 5 en 6 van de overeenkomst

Voorwaarden voor facturatie

Een equipe mag het **éénmalig forfait** slechts aanrekenen indien de **effectieve tussenkomst** van de equipe voor de betrokken patiënt minstens onder één van de volgende rubrieken valt :

- **Thuisbezoek(en)** bij de **patiënt** :
Ofwel één enkel thuisbezoek van minimum 2 uren lang (excl. verplaatsingstijd), of een bezoek 's nachts (tussen 22 uur en 7 uur), of op een zon- of feestdag;
Ofwel meerdere thuisbezoeken met een totale duur van minstens 4 uren.
- **Deelname** van de equipe aan minstens één **vergadering** met verschillende personen betrokken bij een bepaalde patiënt ten einde de palliatieve verzorging van die patiënt praktisch te organiseren. De huisarts en de thuisverpleegkundige(n) moeten minstens aanwezig zijn.
- **Minstens 4** (eventueel telefonische) **contacten** met betrokken zorgverstrekkers van de eerste-lijn, onder wie de huisarts van de patiënt, waarvan 2 contacten op initiatief van de eerste-lijn-zorgverstrekkers zelf. Feed-back naar de huisarts volgt op ieder contact met de paramedici.

De hierboven opgesomde criteria gelden louter als minima. Elke equipe verbindt zich ertoe de **“doelstellingen en opdrachten maximaal waar te maken”**.¹

De arts(en) van de equipes mogen geen supplementaire nomenclatuurprestaties aanrekenen uitgezonderd indien zij (toevallig) de huisarts zijn van de betrokkene. In voornoemd geval mag geen uniek forfait aangerekend worden noch enigerlei bijkomende prestatie (verleend door een lid van de equipe).

Het **maximum aantal forfaits** dat een equipe jaarlijks mag aanrekenen, is vastgelegd op **100 voor een equipe van 2,6 VTE**, proportioneel aan te passen in functie van de reële omvang van de equipe.

Indien de equipe een wezenlijke bijdrage geleverd heeft in de palliatieve verzorging in het thuismilieu van een groter aantal patiënten kan onder bepaalde omstandigheden een beperkte kostenvergoeding aangerekend worden. Dit verminderd forfaitair bedrag is eveneens éénmalig en bedraagt momenteel 136,84 EUR (5.100 BEF).

Het **maximum aantal verminderde forfaits** dat een equipe jaarlijks mag aanrekenen, is eveneens vastgelegd op **50 voor een equipe van 2,6 VTE**, proportioneel aan te passen in functie van de reële omvang van de equipe.

Indien equipes méér patiënten ten laste nemen dan voorzien in de overeenkomst kunnen zij geen enkele vergoeding meer aanrekenen want de loon- en werkingskosten zijn inmiddels volledig gefinancierd.

Compensatie (te weinig vs. teveel) van het toegelaten maximum aantal forfaits tussen verschillende kalenderjaren is uitgesloten.

4. Evaluatie budgettaire uitgave (financieel perspectief)

Het theoretische jaarbudget² van alle equipes samen bedraagt momenteel 7.651.849,72 EUR (spilindex 111,64 - juni 2003) (308,67 mln. BEF). Indien alle equipes ook nog eens voor het maximum toegestaan aantal patiënten een verminderd forfait aanrekenen, kunnen de werkelijke uitgaven (op basis van de huidige forfaits) oplopen tot 7.971.918,48 EUR (321,59 mln. BEF).

De éénmalige **forfaitaire tegemoetkoming** per patiënt (het gewone forfait) bedraagt momenteel **gemiddeld 1.635,71 EUR** (65.956 BEF). Het forfait kan echter van equipe tot equipe sterk verschillen, zoals blijkt uit tabel 22 in bijlage p. 123. Het forfait wordt immers voor iedere equipe afzonderlijk berekend in functie van de preciese samenstelling van iedere equipe (qua kwalificaties en anciënniteit van teamleden), om zo nauwkeurig mogelijk de werkelijke loonkost van de equipe te dekken.

¹ Artikel 8 van de Overeenkomst ...

² Dit is het budget waarover de equipes kunnen beschikken indien ze tussenkomen voor het minimaal aantal patiënten wat nodig is om kostendekkend te werken, met name 100 patiënten per jaar voor een equipe van 2,6 VTE, proportioneel aan te passen in functie van de werkelijke omvang van de equipe.

Het forfait varieert in de praktijk tussen 1.471,04 EUR (59.340 BEF) (de equipe met het laagste forfait) en 1.856,34 EUR (74.871 BEF) (de equipe met het hoogste forfait).

Het (éénmalig) **verminderd forfait** bedraagt 136,84 EUR (5.486 BEF) (spilindex 111,64 - juni 2003).

Een overzicht van de geboekte uitgaven staat in de tabel hieronder. In 2003 is de uitgave 7.637.158 EUR (308,08 mln. BEF) en dit heeft betrekking op **5.881 verschillende patiënten**.

Tabel 1 : Uitgaven voor multidisciplinaire begeleidingsequipes

		1999	2000	2001	2002	2003
Multidisciplinaire equipes	uitgaven (EUR)	4.338.997	5.262.355	5.877.444	6.732.928	7.637.158
	gevallen	2.430	4.030	4.720	5.356	5.881

Bron: Riziv – Dienst voor geneeskundige verzorging – actuaariaat

5. **Evaluatie globaal : overzicht werking equipes, analyse en cijfergegevens**

Er zijn 28 multidisciplinaire begeleidingsequipes die met het Verzekeringscomité van het Riziv een overeenkomst gesloten hebben. Ingevolge de inschakeling van een equipe in het erkend samenwerkingsverband van de regio (cf. KB 19 juni 1997) is er van bij de aanvang gestreefd naar een optimale geografische spreiding. Zie infra.

Zoals bepaald in de overeenkomst moet elke equipe een :

- **Individueel patiëntendossier**¹ bijhouden ten behoeve van enerzijds individuele patiëntenopvolging en anderzijds voor statistische verwerking in het kader van het jaarverslag.
- **Jaarlijks activiteitenverslag**² overmaken aan de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Riziv waarbij onder andere een overzicht gegeven wordt van het werkelijk aantal gevolgde patiënten (in functie van gefactureerde forfaits), regionale verdeling, leeftijd, aandoening, aantal huisartsen waarmee samengewerkt wordt, aantal en type van tussenkomsten (overdag, 's nachts of op zon- en feestdagen) plus duurtijd, aantal en type van contacten met zorgverstrekkers van de eerste lijn, aard problematiek, plaats van overlijden, duurtijd begeleidingsperiode.

Voor de evaluatie zijn diverse **gegevens beschikbaar** die echter allemaal hun **bependingen** hebben:

- Vooreerst zijn er gegevens die uit de gesloten overeenkomsten kunnen worden afgeleid (reële personeelsomkadering, aantal patiënten,...) of uit algemene gegevensbronnen (bijv. bevolkingsstatistieken).
- De werking van de equipes kan (gedeeltelijk) afgeleid worden uit de jaarlijkse activiteitenverslagen. Deze verslagen zijn tot nu toe echter onvoldoende gestandaardiseerd, wat de betrouwbaarheid van de gegevens en de vergelijkbaarheid tussen de equipes onderling vermindert. Sommige belangrijke aspecten, zoals verplaatsingstijd, worden tot nu toe ook niet bevraagd. De laatst beschikbare gegevens die voor dit rapport konden worden geanalyseerd, zijn de activiteitenverslagen van het jaar 2002³.
- Beperkte bevraging verzekeringsinstellingen.

5.1. **Geografisch overzicht**

Zoals eerder aangegeven, is er nationaal gezien een nauwe relatie tussen multidisciplinaire equipes en erkende samenwerkingsverbanden inzake palliatieve zorg (KB 19 juni 1997). Dank zij die verplichte erkenning van samenwerkingsverbanden wordt een maximale spreiding over het hele land bekomen.

In tabel 21 p. 122 zit een overzicht van de geconventioneerde equipes.

¹ Artikel 12 van de Overeenkomst ...

² Artikel 16 van de Overeenkomst ...

³ De equipes moeten hun activiteiten voor het jaar 2003 pas tegen 30 juni 2004 bezorgen, waarna die gegevens nog moeten worden geanalyseerd en verwerkt.

5.2. Reële omkadering equipes versus maximale omkadering (volgens inwonersaantal van de regio)

Sinds 2000 hebben de equipes de mogelijkheid om zelf de precieze omvang van hun personeelskader te bepalen, rekening houdend met het inwonersaantal van de streek.

Uitgangspunt daarbij is dat **2,6 VTE per 200.000 inwoners minimum 100 palliatieve patiënten** kunnen begeleiden. Dit minimum aantal is nodig om als equipe kostendekkend te kunnen werken. De ziekteverzekering geeft immers een tegemoetkoming per patiënt (en voorziet niet in een basisfinanciering per equipe).

Tabel 23 p. 124 in bijlage geeft een overzicht van de werkelijke en maximale omkadering per equipe en in totaal. Om de maximale omkadering te bepalen, is rekening gehouden met het aantal inwoners van de streek waarin een equipe actief is en waarvoor een samenwerkingsverband officieel erkend is, zoals dat door de Gemeenschappen en Gewesten destijds is vastgesteld (vermoedelijk op basis van bevolkingscijfers uit 1997).

Het aantal inwoners per regio is sindsdien echter geëvolueerd, zonder dat de overeenkomst hiermee tot nu toe rekening houdt. Indien het huidige financieringskader van de equipes zou behouden blijven, zal in de toekomst een aanpassing aan de werkelijke bevolkingscijfers onafwendbaar worden.

Uit tabel 22. p. 123 blijkt verder dat alle equipes samen sinds het najaar van 2000 in theorie kunnen beschikken over een personeelskader van bijna 135 VTE. In werkelijkheid is men daar de voorbije jaren echter sterk onder gebleven en ook nu is dat aantal nog niet bereikt.

- Bij de oprichting in 1999 werd bepaald dat elke equipe van bij het begin recht heeft op dezelfde financiering a rato van 2,6 VTE. Einde 1999 beschikten alle equipes samen over 72,8 voltijds equivalenten (VTE).
- Einde 2000 was het totaal aantal VTE van alle equipes samen opgelopen tot 99 VTE. Einde 2001 ging het om 110 VTE en einde 2002 om 117 VTE om einde 2003 het huidige aantal van bijna 122 VTE (cf. tabel 23 p. 124) te bereiken.
- De **totale personeelsomkadering** is bijgevolg de **voorbije 4 à 5 jaar** (sinds het sluiten van de oorspronkelijke overeenkomsten in 1999) **toegenomen met ruim 67%**.
- Op basis van de momenteel gesloten overeenkomsten kunnen alle equipes samen, op jaarbasis, voor 4.678 patiënten een gewoon forfait aanrekenen en voor 2.339 patiënten een verminderd forfait. In het totaal kan dus voor maximum 7.017 patiënten een forfait worden aangerekend.
- Er is momenteel nog steeds een **capaciteitoverschot van meer dan 10% of 13 VTE**. Deze vaststelling is op zijn minst eigenaardig gezien de aanhoudende vraag vanuit de sector naar uitbreiding van middelen en voorzieningen voor palliatieve zorgverlening (zie punt 6 van dit hoofdstuk). Daar waar sommige equipes zouden willen uitbreiden maar daarvoor op basis van de huidige criteria niet in aanmerking komen, doen andere equipes dus niet eens beroep op de maximale omkadering waarop ze zouden kunnen aanspraak maken.
- Momenteel hebben 17 equipes het toegestane maximum reeds bereikt. Voor de resterende **11 equipes** blijft een **mogelijkheid tot uitbreiding** bestaan.

5.3. Patiëntenkarakteristieken¹

De **leeftijdsstructuur** van het patiënteel van de equipes (jaarverslagen 2002) geeft aan dat meer dan 74% van de begeleide palliatieve patiënten ouder is dan 60 jaar. De groep van de 60-79 jarigen vertegenwoordigt globaal gezien 49, 9% van de gevolgde patiënten.

Deze verhouding wordt gezien bij ongeveer alle equipes, met uitzondering van :

- De equipe "Accompagner" waar 49,9% van de patiënten ouder is dan 80 jaar en 86,5% van de patiënten is ouder dan 60 jaar.

¹ Riziv – Dienst geneeskundige verzorging - stagerapport, Jean-Baptiste Godinot. *Les equipes d'accompagnement multidisciplinaires des soins palliatifs. Une première analyse des rapports d'activité de l'année 2002.* Tabellen 15, 20, 21, 22, 24, 28, 29.

- De equipe "Palliatiefliegeverband der Deutschsprachigen Gemeinschaft" waar 68,7% van de gevolgde patiënten tussen 60 en 79 jaar oud zijn. 95,5% van de patiënten is ouder dan 60 jaar.

Er is geen duidelijke verklaring voor de afwijkende resultaten van deze twee equipes.

Tabel 2 : leeftijdsstructuur van het patiënteel van de equipes

Verdeling per leeftijdsgroep	Aantal	%
Minder dan 20 jaar	47.9	0.8
van 20 tot 39 jaar	142.1	2.4
van 40 tot 59 jaar	1366.9	22.7
van 60 tot 79 jaar	3004	49.9
meer dan 80 jaar	1463.1	24.3
Totaal	6024	100

Bron: Riziv – Dienst voor geneeskundige verzorging - revalidatie - stagerapport

Uit onderzoek van de behandelde populatie per equipe (jaarverslagen 2002) in functie van de **medische indicatie**, onderliggende kankerproblematiek of niet, blijkt dat gemiddeld bij 80,4% van de populatie een onderliggende kankerproblematiek vastgesteld is. Dit cijfer varieert van minimaal 60,6% tot maximum 91, 3%.

Bij gemiddeld 19,6% van de patiënten is de palliatieve situatie niet het gevolg van een kanker-aandoening. Het percentage varieert in dit geval van minimum 8,7% tot maximum 39,4%. Een detail van de pathologie per equipe is opgenomen in tabel 24 p. 125 in bijlage.

De equipe "Palliatieve Zorg Noord West-Vlaanderen" heeft het zwakste percentage: 60,6% zijn oncologische patiënten en 39,4% zijn niet-oncologische gevallen.

De equipe "Palliatieve Hulpverlening Antwerpen" begeleidt het hoogste aantal kankergevallen: 91,3% van de patiënten die ten laste genomen zijn, lijdt aan een kankeraandoening.

Deze markante verschillen worden vastgesteld maar een echte verklaring kan niet gegeven worden.

Hierna volgt een overzicht van de **familiale situatie** van de gevolgde patiënten voor alle equipes samen. Deze analyse geeft wel een indicatie ter zake maar heeft geen betrekking op 100% van de begeleide patiënten (reden: onvolledig of onduidelijk ingevulde jaarverslagen).

Tabel 3 : familiale situatie van het patiënteel van de equipes

Familiale situatie	Aantal	%
Vrienden	87	1.6
Kinderen	603	10.9
Echtgenoot / Partner	3438	62
Ouders	152	2.7
Alleenstaand	958	17.3
Geburen	10	0.2
Andere	300	5.4
Totaal	5543	100

Bron: Riziv – Dienst voor geneeskundige verzorging – revalidatie - stagerapport

De grootste groep (62%) zijn getrouwde patiënten of samenwonenden. Om niet aanhoudend geconfronteerd te worden met vele praktische problemen lijkt het logisch dat personen die verkiezen thuis te sterven ook daadwerkelijk kunnen rekenen op hulp, in de eerste plaats van de partner.

De tweede grootste groep wordt vertegenwoordigd door de alleenstaanden (17,3%).

In de onderstaande tabel wordt de **leefsituatie** van alle gevolgde patiënten samengevat.

Tabel 4 : Leefsituatie van het patiënteel van de equipes

Verblijfsgegevens	Aantal	%
Gehuwd / samenwonend	2723	74.1
Kloostergemeenschap / instituut	56	1.5
Alleenstaand	471	12.8
ROB	200	5.4
RVT	206	5.6
Andere	20	0.5
Totaal	3676	100

Bron: Riziv – Dienst voor geneeskundige verzorging - revalidatie – stagerapport

Meerdere equipes geven ter zake verrassende resultaten¹ :

- 98,9% van de patiënten van "Ispahan" woont samen (tegen 74,1% gemiddeld) ;
- het patiënteel van het "Network palliatieve Zorg Zuid-West Vlaanderen" verblijft voor 9% in gemeenschappelijke woonvormen of instellingen (tegen 1,5% gemiddeld) ;
- bij "Reliance" worden in 36,7% van de gevallen alleenstaande patiënten gevolgd (tegen 12,8% gemiddeld) ;
- 30,6% van het patiënteel van de equipe "Palliatieve Zorg Noord-West Vlaanderen" zijn personen die verblijven in ROB-RVT (tegen 11% gemiddeld).

Het zal zeker interessant zijn meer te weten komen over de palliatieve zorgen verleend aan ROB-RVT-patiënten en over de relaties tussen deze instellingen en de equipes.

De plaats van **overlijden** is eveneens onderzocht. De globale gegevens zijn samengebracht in onderstaande tabel. Er zijn echter grote individuele verschillen tussen equipes, bijv. 2 equipes waar minder dan 50% van de patiënten thuis sterft.

Tabel 5 : plaats van overlijden van het patiënteel van de equipes

Plaats van overlijden	Aantal	%
Onbekend	411	7,6
Thuis	3379	62,3
Ziekenhuis	609	11,2
ROB	400	7,4
RVT	188	3,5
Palliatieve eenheden	439	8,1
Totaal	5427	100

Bron: Riziv – Dienst voor geneeskundige verzorging - revalidatie – stagerapport

Voor de equipes "Hainaut Occidental" (Tournai) en "Continuing Care" (Brussel) is het percentage van overlijdens thuis kleiner dan 50% (respectievelijk 49,4% en 46,6%). Daarentegen is 81,1% van de patiënten ten laste genomen door de equipe "Listel" thuis overleden.

¹ De gegevensverzameling is zwak/onvolledig maar op basis van de resultaten kan wel een algemene beschrijving ter zake gegeven worden.

In dit verband dient ook verwezen te worden naar de resultaten van een eigen studie van patiënten aan wie in 2003 een **palliatief forfait** (483,39 EUR of 19.500 BEF)) uitbetaald is. De studie heeft betrekking op 8.342 patiënten. Bij **41,7%** van die patiënten is **tevens een forfait voor een palliatieve thuiszorgequipe** aangerekend geweest (gewoon forfait of verminderd forfait). Dit betekent dat voor 41,7% van de patiënten die het palliatief thuiszorgforfait genoten hebben, een gespecialiseerde palliatieve equipe vergoedbare tussenkomsten heeft verricht.¹

Uit onderzoek van de patiëntenpopulatie met palliatief forfait blijkt dat 53% van deze patiënten thuis overlijden (zie ook hoofdstuk 2. p. 24). Het sterftecijfer thuis van patiënten die zowel het palliatief forfait ontvangen als begeleid worden door de equipe is duidelijk hoger en bedraagt 62,3%.

De gemiddelde **begeleidingsduur van de equipes** (jaarverslagen 2002) is 62,6 dagen voor alle equipes samen, hetzij iets meer dan 2 maanden.

Er moet wel rekening gehouden worden met twee beperkingen. Ten eerste hebben niet alle equipes dit item meegedeeld (slechts 3.940 mensen zijn meegeteld terwijl andere gegevens betrekking hebben op 7.000 patiënten) en ten tweede kan het resultaat van één equipe in belangrijke mate het globale gemiddelde beïnvloeden.²

Bij sommige equipes wordt een gemiddelde verblijfsduur van 30 dagen vastgesteld terwijl het gemiddelde bij andere equipes zelfs boven de 130 dagen ligt.

Eén patiënt is zelfs begeleid gedurende 19 maanden.

Tabel 6 : analyse van de begeleidingsduur van patiënten ten laste genomen door de equipes.

Duur van de begeleiding door een equipe	Aantal patiënten	%
1 – 7 dagen	1.094	21,0
8 – 14 dagen	855	16,4
15 – 30 dagen	1.023	19,6
31 – 60 dagen	888	17,0
61 – 90 dagen	498	9,6
91 – 180 dagen	497	9,5
> 180 dagen	355	6,8
TOTAAL	5.210	100,0
GEMIDDELDE BEGELEIDINGSDUUR (in dagen)		
		62,6
		n = 3.940

Bron: Riziv – Dienst voor geneeskundige verzorging – revalidatie – stagerapport

Opmerkelijk is dat 21% van de patiënten minder dan 7 dagen begeleid wordt en 57% zelfs minder dan één maand. 42,9% wordt ten laste genomen gedurende meer dan een maand en 16,3% gedurende meer dan drie maanden, wat meer is dan de bepalingen vooropgesteld in de overeenkomst.

De equipes tonen zeer verschillende resultaten (gemiddeld 135 dagen voor "Listel", 151 voor "Het Leven helpen", 113,9 voor "De Mantel", en maar 24 dagen voor l'"Association des Soins palliatifs de la Province de Namur").

¹ In de studie op basis van gegevens van de verzekeringsinstellingen is niet onderzocht in welke mate de equipes ook een forfait hebben aangerekend voor patiënten aan wie geen palliatief thuiszorgforfait (483,39 EUR) is uitbetaald geweest. Aangezien de palliatieve equipes zeer vertrouwd zijn met de reglementering inzake het palliatief thuiszorgforfait, mag echter verwacht worden dat zij hun palliatieve patiënten zullen aanmoedigen dat forfait aan te vragen en dat er slechts zeer weinig patiënten zullen zijn waarvoor een equipe een forfait heeft aangerekend, maar aan wie toch geen palliatief thuiszorgforfait is uitbetaald geweest. Er mag dan ook van uitgegaan worden dat onze studie op basis van de gegevens van de verzekeringsinstellingen ook zeer betrouwbare gegevens bevat over de patiënten waarvoor de palliatieve equipes tussenkomen en een forfait aanrekenen.

² Hierbij mag niet uit het oog verloren worden dat het gemiddelde sterk beïnvloed wordt door de uiterste waarden: indien 10 patiënten 1 dag ten laste genomen worden en 1 patiënt 100 dagen zal de gemiddelde verblijfsduur 10 dagen bedragen. Het relatieve belang van een gemiddelde waarde mag nooit onderschat worden.

Een overzicht van het **aantal behandelende artsen** dat rechtstreeks betrokken is bij de werking van de equipes wordt gegeven in de tabel hieronder.¹

Tabel 7 : aantal huisartsen dat samenwerkt met de equipes en het aantal patiënten dat zij opvolgen.

Aantal patiënten per huisarts	Aantal huisartsen	%
1 patiënt	2.793	69,63
2 patiënten	739	18,42
3 patiënten	301	7,50
4 patiënten	114	2,84
meer dan 4	64	1,60
TOTAAL	4.011	100,00

Bron: Riziv – Dienst voor geneeskundige verzorging - revalidatie – stagerapport

Uit de gegevens blijkt dat de equipes in 2002 hebben samengewerkt met zéér véél verschillende huisartsen, waarbij in dat jaar meestal slechts één patiënt door een equipe is opgevolgd geweest. Er kan dus zeker niet worden beweerd dat de equipes slechts met een vrij beperkt aantal huisartsen samenwerken (die samen nagenoeg alle patiënten van de equipes aanbrenge(n)). Rekening gehouden met het aantal actieve huisartsen, mag er wel van worden uitgegaan dat vele van de in 2002 betrokken huisartsen (waarschijnlijk de meerderheid) ook vóór 2002 reeds met een palliatieve equipe hebben samengewerkt. Dit zou er op kunnen wijzen dat de huisartsen eerder tevreden zijn over het werk van de equipes.

Ongeveer een derde van de artsen (30,4%) volgt meer dan één patiënt van de equipes wat wijst op een zekere “gewoonte” in de onderlinge samenwerking.

Deze cijfers mogen echter niet beschouwd worden als een indicator ter evaluatie van de samenwerking tussen artsen en equipes.

5.4. Karakteristieken van de equipes – evaluatie van de activiteiten

Krachtens de overeenkomst kan een equipe voor een patiënt slechts eenmalig een forfait aanrekenen indien **minimaal bepaalde tussenkomsten** verricht worden. Die tussenkomsten kunnen herleid worden tot drie types:

- huisbezoeken bij de patiënt ;
- deelname aan een coördinatievergadering met betrekking tot de organisatie van de zorgverlening aan die patiënt ;
- contacten (eventueel telefonisch) met de eerste-lijn-zorgverleners van een patiënt.

Bijgevolg is het belangrijk te weten welke tussenkomsten de equipes in de praktijk verrichten.

De **activiteitenverslagen** bevatten gegevens over de totale arbeidstijd die iedere equipe besteed heeft aan huisbezoeken, coördinatievergaderingen en contacten met de zorgverleners van de eerste lijn. Deze gegevens uit de activiteitenverslagen vergelijken tussen de equipes onderling, is echter niet vanzelfsprekend. Zo vermelden sommige equipes op dit vlak niet de (expliciet gevraagde) totale arbeidstijd, maar louter het aantal huisbezoeken, coördinatievergaderingen en contacten. Om die equipes toch in de vergelijking te betrekken, moet dus met **hypothesen** worden gewerkt².

Er zijn ook aanwijzingen dat deze gegevens niet door alle equipes op dezelfde manier zijn opgegeven geweest: sommige equipes lijken in het activiteitenverslag louter gegevens te vermelden voor patiënten voor wie een forfait is aangerekend, daar waar andere equipes ook gegevens vermelden over andere patiënten (*voor wie bijv. geen forfait kon worden aangerekend omdat de equipe het aantal vergoedbare forfaits op jaarbasis reeds had overschreden*).

¹ Krachtens de overeenkomst is het verplicht samen te werken met de huisarts van de patiënt, die een **attest** moet opstellen dat de tussenkomsten van de equipe geïndiceerd zijn voor die patiënt. Zonder dat attest kan een equipe voor die patiënt geen forfait aanrekenen.

² Voor deze equipes is uitgegaan van de hypothese dat een huisbezoek anderhalf uur duurt, een (meestal telefonisch) contact met een eerste-lijn-zorgverlener 10 minuten en een coördinatievergadering met eerste-lijn-zorgverleners 1 uur. Rekening gehouden met de terzake precieze gegevens van sommige andere equipes, lijken dit realistische hypothesen.

Arbeidstijd – algemeen

Met de beschikbare gegevens over de arbeidstijd dient derhalve voorzichtig te worden omgesprongen. De beschikbare cijfers kunnen slechts een eerste aanduiding geven van de arbeidstijd die de equipes werkelijk hebben besteed aan de in de overeenkomst voorziene **kernactiviteiten**.

Om deze reden (en om de equipes die ter zake laag blijken te scoren niet te viseren) worden deze gegevens in tabel 25 p.126 in bijlage anoniem gepresenteerd. De equipes zijn gerangschikt op basis van de gegevens uit de laatste kolom (= de totale arbeidstijd die gemiddeld per voltijdse kracht werd besteed aan tussenkomsten die kunnen aanleiding geven tot het aanrekenen van een forfait).

Opgelet, want deze tabel heeft alleen betrekking op tussenkomsten van de equipes die krachtens de overeenkomst vergoedbaar zijn.

De arbeidstijd die de equipes besteden aan onder meer de volgende activiteiten, wordt **niet** in rekening gebracht:

- bezoeken en contacten voor een gehospitaliseerde patiënt met het oog op het ontslag uit het ziekenhuis (voorbereiding van de terugkeer naar het thuismilieu) ;
- bezoek (in een ziekenhuis) aan een reeds begeleide patiënt, bij heropname ;
- rouwbezoeken aan de omgeving van de patiënt na diens overlijden ;
- verplaatsingstijd (voor bezoeken aan patiënten, coördinatievergaderingen en contacten met de zorgverleners van de eerste lijn) ;
- telefonische opvang en informatie aan palliatieve patiënten en hun omgeving ;
- vorming en begeleiding van vrijwilligers ;
- vorming voor de leden van de equipe zelf (cf. verplichtingen van de overeenkomst);
- vorming en algemene sensibilisering rond palliatieve zorg gegeven door de leden van de equipe aan huisartsen, thuisverpleegkundigen en het brede publiek ;
- de eigen teamvergaderingen van de leden van de equipe.

Er zijn aanwijzingen (geen harde gegevens) dat sommige equipes zeer veel tijd investeren in bepaalde van deze **nevenactiviteiten**. Sommige activiteiten zijn absoluut noodzakelijk voor het vervullen van de opdrachten van de equipe, bijv. de verplaatsingstijd voor o.m. huisbezoeken en het voorbereiden van het ontslag uit het ziekenhuis.

Voor andere activiteiten rijst echter de vraag of de equipes hun werkterrein niet aan het verbreden zijn (bijv. rouwbezoeken). Bepaalde noodzakelijke activiteiten zoals vorming inzake palliatieve zorg vallen onder de **verantwoordelijkheid van het samenwerkingsverband** en moeten van daaruit gefinancierd worden.

Het deel van de arbeidstijd dat besteedt wordt aan activiteiten van het samenwerkingsverband mag niet gefinancierd worden met Riziv-middelen en mag bijgevolg niet opgenomen zijn in het personeelskader van de overeenkomst met het RIZIV.

Arbeidstijd – cijferanalyse

De **gemiddelde arbeidstijd** die equipes (per voltijds therapeutisch personeelslid, artsen inbegrepen¹) besteden aan tussenkomsten die kunnen aanleiding geven tot de uitbetaling van een forfait, **verschilt bijzonder sterk** van equipe tot equipe. Waar equipe 1 gemiddeld slechts **88 uur** (per VTE) besteedt, is dit voor equipe 27 niet minder dan **1.349 uur**.

Normaliter werkt een voltijds personeelslid effectief 1.710 uur per jaar (225 werkdagen x 7,6 uur). Sommige equipes besteden dus veel tijd aan tussenkomsten die aanleiding kunnen geven tot de uitbetaling van een forfait, terwijl andere equipes zeer zwak scoren.

Het **gewogen gemiddelde**² van alle equipes samen geeft aan dat per voltijds therapeutisch personeelslid **565 uur** wordt besteed aan (vergoedbare) tussenkomsten voor de in de overeenkomst voorziene kernactiviteiten. In verhouding tot de jaarlijkse werktijd van een voltijdse kracht (1.710 uur), lijkt dit vrij weinig tijd te zijn.

¹ Met het therapeutisch personeel wordt al het medisch en paramedisch personeel bedoeld dat niet als administratief personeel is aangeworven. Ook de psycholoog en/of de maatschappelijk assistent waarover sommige equipes beschikken, behoort hier toe, tenzij deze is aangeworven in de functie van administratieve kracht waarin de overeenkomst voorziet.

² Bij de berekening van het gewogen gemiddelde wordt rekening gehouden met de omvang van het therapeutisch personeelskader van iedere equipe: grotere equipes wegen in die berekening dus zwaarder door dan kleinere equipes.

Daarenboven situeren **15 van de 27** equipes waarvoor deze gegevens beschikbaar zijn, zich **onder dit gewogen gemiddelde**.

Als **verklaring** voor deze verschillen wijzen sommige equipes naar de **verplaatsingstijd** (o.m. voor huisbezoeken) die niet geregistreerd wordt. Sommige equipes zijn in een groot gebied actief (soms een volledige provincie) en stellen dat zij daardoor zéér véél tijd moeten besteden aan verplaatsingen. Overigens wijzen ook equipes die in een kleiner gebied actief zijn (bijv. het Brussels Gewest of Antwerpen-Stad en omgeving) dikwijls op verplaatsingsproblemen door files. Toch lijken de vastgestelde verschillen tussen de equipes onderling te groot om deze te kunnen verklaren op basis van verschillen in verplaatsingstijd.

Vanuit de equipes wordt dikwijls ook benadrukt dat zij nog maar enkele jaren actief zijn¹ en dus nog relatief nieuw zijn en dat er voor hun **werking** nog **geen uniform, algemeen aanvaard model** is. Sommige equipes geven er de voorkeur aan vrij sterk bij de patiënt aanwezig te zijn via huisbezoeken, daar waar andere equipes bewust er voor kiezen om het aantal huisbezoeken te beperken en hun opdracht gedeeltelijk te realiseren via (dikwijls telefonische) contacten met de eerste-lijn-zorgverleners van de patiënt, de patiënt zelf en diens omgeving. Dat er in deze nog jonge sector grote verschillen worden vastgesteld qua werkingspraktijk, is volgens vele equipes dan ook normaal.

Conclusie

Rekening gehouden met het beperkt aantal uren dat vele equipes aan de in de overeenkomst voorziene kernactiviteiten besteden, kan nu reeds de vraag worden gesteld of vele palliatieve equipes niet te veel tijd besteden aan zaken die niet wezenlijk tot hun opdracht in het kader van de ziekteverzekering behoren. Het lijkt wenselijk dat de equipes terzake snel zo veel mogelijk duidelijkheid verschaffen.

Rekening gehouden met de vastgestelde werkingspraktijk, zou het naar de toekomst toe ook kunnen aangewezen zijn om geen verdere uitbreidingen van de equipes (die verder gaan dan de huidige criteria voor uitbreiding) te realiseren zonder de vergoedingsvoorwaarden van de overeenkomst fundamenteel aan te passen.

Zoals reeds vermeld mag krachtens de huidige overeenkomst per patiënt slechts een eenmalig forfait worden aangerekend. Om dit (vrij hoge) forfait te mogen aanrekenen (gemiddeld 1.635,71 EUR of 65.956 BEF) moet slechts aan vrij minimale voorwaarden worden voldaan. Aangezien vele equipes in de praktijk relatief weinig tijd lijken te besteden aan de kernactiviteiten van de overeenkomst, lijkt het aangewezen de vergoedingsvoorwaarden méér te enten op de werkelijke tussenkomsten die een equipe voor een patiënt heeft verricht.

6. Reflecties vanuit de sector

- Vele equipes kunnen op basis van de huidige criteria van de overeenkomst niet verder uitbreiden maar een deel ervan is wel vragende partij. Sommige equipes beweren dat zij met de beschikbare financiële middelen onmogelijk kunnen tegemoetkomen aan alle vragen van patiënten en hun zorgverleners van de eerste lijn. Er zijn dan ook equipes die met (precaire) middelen van buiten de overeenkomst reeds extra-personeel hebben aangeworven. Volgens bepaalde equipes die in dat geval verkeren, dreigt echter een faillissement indien er geen structurele financiering van het extra-personeel komt via de RIZIV-overeenkomst.

¹ Equipes die toch al wat langer actief zijn, hebben – vóór het sluiten van de RIZIV-overeenkomst in 1999 - dikwijls jaren gewerkt met een zeer beperkte financiering en een zeer gering personeelskader.

- Vanuit de kleinste equipes (met slechts 2 VTE verpleegkundigen) wordt dikwijls ook benadrukt dat het met dergelijke kleine equipe onmogelijk is 24 uur op 24, 7 dagen op 7, tussen te komen indien nodig. Menselijk-organisatorisch zou dat voor die kleine equipes absoluut niet haalbaar zijn. (Ter zake blijkt weliswaar uit de activiteitenverslagen dat de meeste equipes slechts weinig 's nachts en op zon- en feestdagen tussenkomen¹, zodat die permanente bereikbaarheid² in de praktijk misschien toch niet zo zwaar weegt.)
- Het werk van verpleegkundigen kan onvoldoende geëvalueerd worden : de verplaatsingstijd wordt niet in rekening gebracht evenmin als de tijd nodig voor vorming.

7. Aandachtspunten op cliënteniveau (microniveau) en organisatieniveau (meso-niveau)

- Het lijkt aangewezen op korte termijn iets te doen aan de problemen van sommige equipes en de huidige criteria voor uitbreiding van de equipes zo te wijzigen dat ook equipes die momenteel niet in aanmerking komen voor een uitbreiding, in de toekomst wel kunnen uitbreiden. Dit zou wel moeten gekoppeld worden aan een fundamentele aanpassing van de huidige vergoedingscriteria van de overeenkomst, zodat een realistische vergoeding wordt uitbetaald voor de werkelijke (door de overeenkomst beoogde) tussenkomsten van de equipe.
- Ook zou het kunnen aangewezen zijn om de kleinere equipes omwille van de organisatie van de permanente bereikbaarheid een personeelskader van drie voltijdse verpleegkundigen toe te kennen, zoals die equipes vragen. Ook deze wijziging zou kunnen gekoppeld worden aan een fundamentele aanpassing van de vergoedingscriteria van de overeenkomst.
Het nadeel van een dergelijke verhoging van de personeelsomkadering van alleen de kleinere equipes is dat de proportionaliteit die in de huidige financieringswijze is ingebouwd, deels wordt doorbroken. Grotere equipes zouden kunnen invoeren dat zij verhoudingsgewijs minder personeel hebben dan kleinere equipes. Grotere samenwerkingsverbanden die voor hun equipe ook van deze maatregel zouden willen profiteren, zouden, om hun (totale) omkadering te verhogen, zich eventueel zelfs kunnen opsplitsen in kleinere samenwerkingsverbanden, mits de bevoegde Gemeenschappen en Gewesten bereid zouden zijn om die kleinere samenwerkingsverbanden te erkennen.
- De vraag rijst of de verplaatsingstijd niet kan verminderd worden, door binnen één equipe aan bepaalde teamleden een specifieke geografische sector toe te wijzen (sommige equipes werken zeker al zo).
- Welk van beide werkmodellen (vele huisbezoeken of minder huisbezoeken maar veel telefonische ondersteuning) het beste is, is op basis van de opdrachten die de equipes krachtens de RIZIV-overeenkomst moeten vervullen, niet zo duidelijk.
In overleg met alle betrokkenen kan gezocht worden naar een consensus-werkmodel dat van toepassing zou zijn voor alle equipes waardoor ook een opvolging en vergelijking van de activiteiten per equipe mogelijk wordt.
- De vraag kan worden gesteld of vele palliatieve equipes niet te veel tijd besteden aan zaken die niet wezenlijk tot hun opdracht in het kader van de ziekteverzekering behoren.
Mede omwille van de gewijzigde situatie in de thuiszorg ingevolge de introductie van de nomenclatuur voor palliatieve thuisverpleging lijkt het noodzakelijk om de kernactiviteiten van een multidisciplinaire begeleidingsequipe te herdefiniëren.

¹ Nochtans wordt voor die onregelmatige prestaties aan de verpleegkundigen van de equipes een forfaitaire toeslag van 11% op hun bruto-maandloon uitbetaald, ongeacht of ze al dan niet onregelmatige prestaties hebben verricht.

² De overeenkomst voorziet weliswaar dat (een lid van) de equipe op ieder moment moet kunnen worden bereikt. Dit betekent echter niet noodzakelijk dat iedere patiënt, zijn omgeving of de betrokken zorgverleners van de eerste lijn ten allen tijde de equipe rechtstreeks moeten kunnen contacteren. De overeenkomst verbiedt zeker niet dat vragen in eerste instantie door een andere dienst of zorgverlener worden opgevangen die dan, indien nodig, de equipe kan bereiken en inschakelen.

- Momenteel is weinig of niet geweten of de zorgverleners van de eerste lijn (huisartsen en thuisverpleegkundigen) tevreden zijn over de samenwerking met de equipes. Nochtans zijn de equipes opgericht (en gefinancierd) met de bedoeling een aanvullende bijdrage te leveren in de zorg aan palliatieve patiënten en de eerste lijn te ondersteunen, als die zorg problemen stelt, om zo uiteindelijk te komen tot een optimale palliatieve zorgverlening in het thuismilieu. Opvolging en evaluatie van de samenwerking tussen de equipes en de eerste-lijn-zorgverleners kan de kwaliteit van de zorgverlening en van de werking van de equipes ten goede komen.

8. Aandachtspunten voor het beleid (macroniveau)

- Uit dit rapport blijkt onder meer dat de activiteitenverslagen van de equipes op bepaalde punten onvoldoende gegevens bevatten en onvoldoende gestandaardiseerd zijn. Teneinde op termijn een beter zicht te krijgen op de reële activiteiten van de equipes moet prioritair gewerkt worden (in overleg met de equipes) aan een gestandaardiseerde vorm van registratie van de activiteiten van de multidisciplinaire begeleidingsequipes.
- In de huidige financieringsregeling wordt de (maximale) omkadering van een palliatieve equipe louter bepaald door het aantal inwoners van het gebied waarin een equipe actief is. Dit criterium houdt helemaal geen rekening met het werkelijk aantal personen dat in een bepaald gebied thuis sterft of met andere factoren zoals de leeftijdsstructuur van de regionale bevolking, de aanwezige zorgvoorzieningen, de cultuur inzake thuis sterven, enz. Onder meer onder invloed van de veroudering van de bevolking zullen de leeftijdsstructuren per regio verschillen waardoor mogelijk markante verschillen kunnen ontstaan inzake de regionale behoeften aan palliatieve zorg. Volgens de leeftijdsstructuur van het patiënteel van de equipes is 74,2% van de begeleide patiënten reeds ouder dan 60 jaar. De huidige criteria om de maximale omvang van de omkadering van een equipe te bepalen volgens de verdeelsleutel van het inwonersaantal uit de regio lijkt in deze context niet langer houdbaar. Het is daarom aangewezen te evolueren naar een fundamentele wijziging van de vergoedingsmodaliteiten en te zoeken naar een andere verdeelsleutel voor de financiering van de personeelsomkadering van de equipes waarbij meer nadruk gelegd wordt op de werkelijke tussenkomsten van de equipes voor hun patiënten.

HOOFDSTUK 2 – PALLIATIEF FORFAIT - 1999

De forfaitaire tegemoetkoming van de ziekteverzekering voor palliatieve thuispatiënten wordt kortweg “palliatief forfait” genoemd.

Sinds 1 januari 2000 verleent de verplichte ziekteverzekering een forfaitaire tussenkomst in de kosten voor geneesmiddelen, hulpmiddelen en verzorgingsmiddelen die nodig zijn voor de verzorging thuis van palliatieve patiënten.

1. Doelgroep : Over welke patiënten gaat het ?

Artikel 3 van het koninklijk besluit van 2 december 1999 (BS van 30 december 1999 – Ed. 2)¹ bevat een precieze definitie van wat onder een palliatieve thuispatiënt moet worden verstaan. Het moet gaan om een patiënt :

- die lijdt aan één of meerdere irreversibele aandoeningen;
- die ongunstig evolueert, met een ernstige algemene verslechtering van zijn fysieke/psychische toestand;
- bij wie therapeutische ingrepen en revaliderende therapie geen invloed meer hebben op die ongunstige evolutie;
- bij wie de prognose van de aandoening(en) slecht is en het overlijden op relatief korte termijn wordt verwacht (levensverwachting van meer dan 24 uur en minder dan drie maand);
- met ernstige fysieke, psychische, sociale en geestelijke noden die een belangrijke tijdsintensieve en volgehouden inzet vergen;
- indien nodig wordt een beroep gedaan op hulpverleners met een specifieke bekwaamheid, en op aangepaste technische middelen;
- met een intentie om thuis te sterven, en die voldoet aan de voorwaarden die in het aanvraagformulier voor de tegemoetkoming zijn opgenomen.

2. Omschrijving van de maatregel : Welke kosten worden ten laste genomen ?

De tegemoetkoming dekt een uitgebreid gamma van geneesmiddelen en hulp- en verzorgingsmiddelen nodig voor de thuisverzorging van palliatieve patiënten.

Artikel 1 van het koninklijk besluit geeft een exemplatieve opsomming van de drie categorieën prestaties. Het gaat om verstrekkingen zoals analgetica en anti-emetica (bij de geneesmiddelen), sondes, pijnpompen (bij de verzorgingsmiddelen) en speciale matrassen en urinalen (bij de hulpmiddelen). Voor wat betreft de geneesmiddelen moet opgemerkt worden dat de tegemoetkoming bedoeld is als terugbetaling van geneesmiddelen waarvoor anders geen ZIV-tussenkomst bestaat, maar ook als dekking van de persoonlijke aandelen voor de terugbetaalde geneesmiddelen.

Verder moet onderlijnd worden dat het hier gaat om een forfaitaire kostendekking waarbij dus bij de berekening van de tegemoetkoming vertrokken werd van gemiddelde kosten. De tegemoetkoming bedraagt 483,39 EUR (19.500 BEF) voor dertig dagen.

3. Aanvraagprocedure

Er moeten geen facturen of betalingsbewijzen worden bijgehouden en voorgelegd; het indienen van de aanvraag volstaat. Dat moet gebeuren door de huisarts, die het aanvraagformulier moet invullen. De huisarts maakt het formulier per post over aan de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling van de patiënt. Het versturen van het formulier met de post geldt als medische kennisgeving en opent het recht op de tegemoetkoming (artikel 4 en 5, § 1 van het koninklijk besluit). De verzekeringsinstelling betaalt de 483,39 EUR (19.500 BEF) onmiddellijk na ontvangst van deze kennisgeving op het rekeningnummer dat op het formulier is vermeld.

¹ Koninklijk besluit van 2 december 1999 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor geneesmiddelen, verzorgingsmiddelen en hulpmiddelen voor palliatieve thuispatiënten, bedoeld in artikel 34, 14°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Het bedrag blijft integraal verworven, ook als de patiënt binnen de dertig dagen (en dus bijvoorbeeld ook binnen de week) zou overlijden.

Het bedrag is een tweede keer verschuldigd indien de patiënt, na afloop van de dertig dagen na de kennisgeving, blijft voldoen aan de voorwaarden vermeld in punt 1 en na het volgen van dezelfde procedure. Er dient dus een tweede aanvraagformulier overgemaakt te worden aan de verzekeringsinstelling.

4. **Evaluatie budgettaire uitgave (financieel perspectief)**

De evolutie van de budgettaire uitgaven en het aantal toegekende forfaits toont volgend resultaat :

Tabel 8 : uitgaven voor palliatief forfait

Palliatief forfait	2000	2001	2002	2003
Uitgaven in EUR	3.819.945	5.573.217	6.836.062	7.140.589
Aantal gevallen	7.903	11.534	14.145	14.770

Bron : RIZIV – Dienst voor geneeskundige verzorging - actuariaat

Dit zijn de geboekte uitgaven voor de jaren 2000 tot 2003.

5. **Evaluatie globaal: analyse en cijfergegevens**

Aan de hand van enerzijds gegevens opgevraagd bij de VI's en anderzijds reguliere statistische informatiestromen kan de doelgroepopulatie van patiënten die het palliatief forfait ontvangen hebben, bestudeerd worden. De evolutie van het aantal forfaits kan opgevolgd worden.

In het bijzonder is navraag gedaan over de plaats van overlijden om te weten te komen of de introductie van het palliatief forfait een verschuiving van overlijden in ziekenhuis- of instellingsverband teweeggebracht heeft ten gunste van het overlijden thuis. Dit is immers de uiteindelijke doelstelling van het palliatief forfait alsook van de andere maatregelen genomen in het kader van het palliatief beleid.

5.1. Evolutie aantal forfaits

Tabel 9 : Evolutie van het aantal palliatieve forfaits

	2001	2002	2003
eerste forfait aanvraag	9.249	10.432	10.701
vernieuwing	2.285	3.713	4.069
overlijden < 30 dagen		45,08%	44,40%
overlijden < 60 dagen		57,09%	56,20%
aantal forfait aanvragen			
maandelijks gemiddelde	961	1179	1231

Bron : RIZIV – Dienst voor geneeskundige verzorging - actuariaat

5.2. Verdeling in functie van de plaats van overlijden

Bevraging van de verzekeringsinstellingen geeft volgende informatie over de plaats van overlijden van de populatie van patiënten die het palliatief forfait ontvangen hebben.

Het overlijden in een ziekenhuis is gedefinieerd op basis van een gefactureerde hospitalisatiedag op de dag van overlijden of de dag voordien.

Tabel 10 : Plaats van overlijden

	2001	2002	2003
plaats van overlijden :			
overlijden in ziekenhuis		17%	19%
overlijden buiten ziekenhuis		83%	81%
<i>overlijden buiten ziekenhuis:</i>			
<i>overlijden thuis</i>		53%	53%
<i>overlijden elders</i>		30%	28%

Bron : RIZIV – Dienst voor geneeskundige verzorging - actuariaat

Verdere verfijning van het percentage van overlijden van palliatieve patiënten, in functie van al dan niet gebruik van thuisverpleging, laat ook toe informatie te verzamelen over de plaats van overlijden.

Tabel 11 : Plaats van overlijden – met of zonder thuisverpleegkundige zorg

Plaats van overlijden	ZONDER thuisverpleging	MET thuisverpleging
Thuis	45,32%	56,45%
Ziekenhuis	24,74%	16,41%
Elders	29,95%	27,13%

Bron : RIZIV – Dienst voor geneeskundige verzorging – actuariaat

Uit bovenstaande tabel blijkt dat er een shift is van ongeveer 10% van overlijden in het ziekenhuis naar overlijden thuis bij palliatieve patiënten waarvoor thuisverpleging geattesteerd werd. Het is uiteraard voorbarig van te concluderen dat dit het gevolg is van de introductie van palliatieve zorgprestaties in de nomenclatuur voor thuisverpleging. Er bestaan immers geen gegevens over de plaats van overlijden in de periode voorafgaand aan deze maatregel. Zie ook grafiek 5, p. 72.

6. Aandachtspunten op cliëtniveau (microniveau) en organisatieniveau (mesoniveau)

Ten eerste is er een praktisch probleem : heel wat huisartsen kennen het forfait niet of weten niet hoe ze het moeten **aanvragen**. Een omzendbrief aan de huisartsen medio 2001 heeft daaraan blijkbaar niet kunnen verhelpen. Misschien kan overwogen worden het aanvraagformulier op de RIZIV-website te plaatsen.

De regeling werd vervolgens zo geconcipeerd dat de aanvraag moet gebeuren terwijl de patiënt nog in leven is. Deze vereiste is op praktisch vlak zeker te verantwoorden, maar heeft op het terrein al vaak geleid tot onbegrip, teleurstelling en verbittering. Wellicht loont het de moeite deze voorwaarde te versoepelen.

Meer fundamenteel is de kwestie van de **periode** die door het forfait gedekt wordt. Die periode belooft momenteel tweemaal 1 maand. In 2003 werd het forfait 14.770 maal betaald. In 4.069 gevallen ging het om een tweede betaling. In 44,4 % van de gevallen stierf de patiënt binnen de dertig dagen, in 56,2 % van de gevallen binnen de zestig dagen (cijfers 2003). Dat betekent dat 43,8 % van de patiënten langer dan twee maanden leeft na het toekennen van het palliatief forfait.

Kan overwogen worden het forfait meer dan twee keer toe te kennen ?

Anno 2004 kan tenslotte ook nog de vraag gesteld worden of het bedrag van 483,39 EUR (19.500 BEF) moet geïndexeerd of op een andere manier aangepast worden.

7. Aandachtspunten voor het beleid (macroniveau)

De voorwaarden om het forfait toe te kennen werden later ook aangewend om andere regelingen voor palliatieve zorgen te normeren. De voorwaarden voor het forfait groeiden zodoende uit tot de basis van het "statuut" van de palliatieve patiënt. In deel 2 wordt daarop dieper ingegaan.

HOOFDSTUK 3 – THUISVERPLEGING – 2001

Eén van de krachtlijnen van het federale beleidsplan Palliatieve Zorg uit 2000 was het stapsgewijs integreren van de palliatieve zorg in het bestaande zorgaanbod op eerste-lijn-niveau. In dat kader heeft de Overeenkomstencommissie verpleegkundigen – verzekeringsinstellingen enkele maatregelen uitgewerkt.

Op 1 oktober 2001 zijn er forfaitaire honoraria en supplementen voor de verpleging van palliatieve patiënten in de nomenclatuur thuisverpleging ingevoerd. Het persoonlijk aandeel van de palliatieve patiënt voor de verpleegkundige verzorging wordt vanaf diezelfde dag afgeschaft.

1. Doelgroep

De rechthebbenden aan wie de forfaitaire tegemoetkoming van 483,39 EUR (19.500 BEF) is toegekend (art. 3 van het KB van 2 december 1999) vallen onder deze maatregel.

2. Omschrijving van de maatregel

Invoering van een bepaling in het koninklijk besluit van 23 maart 1982 waardoor de palliatieve patiënt geen persoonlijk aandeel is verschuldigd voor de thuisverpleging.

Invoering van nieuwe verstrekkingen in artikel 8 van de nomenclatuur:

- De forfaitaire honoraria (PA, PB en PC) vergoeden op forfaitaire wijze het geheel van de verpleegkundige verzorging van één verzorgingsdag. De bepalingen die voor de forfaits A, B en C gelden, werden overgenomen en aangevuld met bijkomende vereisten.
- Het supplementair honorarium (PN) per verzorgingsdag kan aangerekend worden voor die patiënten die niet voldoen aan de voorwaarden voor een forfait A, B of C of in wiens hoofde de verleende verstrekkingen het dagplafond niet bereiken.
- Een forfait dat wordt toegekend wanneer het daggrensbedrag is bereikt (PP).

De forfaitaire honoraria en supplementen kunnen worden aangerekend tot en met de dag van het overlijden van de rechthebbende.

Deze palliatieve verstrekkingen kunnen alleen door gegradueerde verpleegkundigen, vroedvrouwen en verpleegkundigen met brevet worden aangerekend. Verpleegassistenten/ziekenhuisassistenten – die de meeste andere verstrekkingen van artikel 8 mogen aanrekenen - hebben dus niet de vereiste bekwaming.

Boven op de vereisten voor het aanrekenen van de gewone verstrekkingen, hebben de verpleegkundigen bijkomende verplichtingen voor het mogen attesteren van de forfaitaire honoraria en supplementen voor palliatieve patiënten:

- De verpleegkundige moet een permanente opvang van de patiënt garanderen.
- De verpleegkundige moet beroep kunnen doen op een referentieverpleegkundige met kennis van palliatieve verzorging. Deze referentieverpleegkundige wordt momenteel niet erkend en is dan ook niet identificeerbaar met een RIZIV-nummer.
- Het verpleegkundig dossier moet bijkomende gegevens bevatten (symptoomregistratie, pijn-schaal, contacten met de familie van de patiënt, resultaat van coördinatievergaderingen).
- Bijkomende pseudo-codenummers die kunnen gebruikt worden bij de evaluatie van de regeling moeten worden vermeld.

Tabel 12 : De huidige (1 juli 2004) honoraria voor thuisverpleging zijn (in EUR) :

	Week	Weekend
Forfait PA	40,76 (26,44)	60,85 (39,77)
Forfait PB	43,99 (16,78)	65,49 (25,09)
Forfait PC	54,00 (16,78)	80,54 (25,10)
Supplementair honorarium PN	26,44	39,78

Bron : RIZIV – Dienst voor geneeskundige verzorging - actuaariaat

Tussen haakjes staat het verschil tussen de honoraria voor de forfaits PA, PB, PC en de forfaits A, B, C.

3. Aanvraagprocedure

De verpleegkundige vult een formulier tot kennisgeving van het verlenen van palliatieve zorg in en bezorgt dit aan de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling waarbij de rechthebbende is aangesloten of ingeschreven.

Het model van dit formulier wordt door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging vastgesteld op voorstel van de Overeenkomstencommissie verpleegkundigen-verzekeringinstellingen.

Behoudens verzet van de adviserend geneesheer is de verzekeringstegemoetkoming verschuldigd voor de verstrekkingen die verleend werden vanaf de dag van de verzending van het formulier. De poststempel geldt als bewijs voor de datum van verzending.

Verzet van de adviserend geneesheer impliceert weigering van verzekeringstegemoetkoming voor alle verstrekkingen verricht vanaf de datum van de betekening van dit verzet aan de rechthebbende, tot een eventuele andere beslissing. De poststempel geldt als bewijs voor de datum van de betekening.

4. Evaluatie van de budgettaire uitgaven (financieel perspectief)

De ingevoerde maatregelen slaan dus vooral op het invoeren van forfaitaire vergoedingen die zowel de "gewone" verzorging als de palliatieve "meerkost" dekt, waarbij ook het remgeld ten laste wordt genomen door de ziekteverzekering.

Bij de budgettaire evaluatie moet dan ook dat onderscheid worden gemaakt. In onderstaande tabel staan in de tweede rij de totale uitgaven voor de verzorging aan palliatieve patiënten (dit bedrag is lichtjes onderschat aangezien de tegemoetkoming voor de technische verstrekkingen verleend aan niet-zwaar afhankelijke palliatieve patiënten niet opgenomen is). In de derde rij is de "meerkost" opgenomen.

Tabel 13 : Uitgaven voor palliatieve zorg – sector thuisverpleging

Sector thuisverpleging	2002	2003
Uitgaven palliatieve zorg	16.756.000 EUR	25.483.000 EUR
Palliatieve "meerkost"	6.840.000 EUR	10.679.000 EUR

Bron : RIZIV – Dienst voor geneeskundige verzorging - actuariaat

Deze bedragen blijven binnen de voorspellingen en de toegekende middelen.

5. Evaluatie globaal

Semestrieel bespreekt de Overeenkomstencommissie verpleegkundigen – verzekeringsinstellingen een uitvoerige analyse van het actuariaat van de Dienst voor geneeskundige verzorging over de geattesteerde verstrekkingen (en de bijhorende pseudo-codes) in het kader van de palliatieve thuisverpleging.

Uit deze analyse en de ad-hoc bevraging bij enkele verzekeringsinstellingen kunnen enkele interessante elementen worden verkregen die een goed beeld geven over deze sector.

In **2003** werden **maandelijks gemiddeld 1.231 aanvragen voor het "palliatief patiëntenforfait"** (waarvan 27% op de tweede maand slaan) ingediend. Dit getal ligt iets hoger dan 2002 maar het aantal aanvragen is vrij stabiel. Deze stabiliteit is belangrijk aangezien de patiënten die dat forfait krijgen de potentiële populatie voor de specifieke maatregelen inzake de palliatieve thuisverpleging uitmaken.

Aan **68 % van die palliatieve patiënten** wordt **thuisverpleging** verleend.

In 2003 werden **dagelijks gemiddeld 1.200 palliatieve patiënten** behandeld in het kader van de thuisverpleging.

Uit de cijfergegevens kan worden afgeleid dat **44% van alle palliatieve patiënten nog in leven zijn 60 dagen na de toekenning van het palliatief forfait. Van de palliatieve patiënten die thuisverpleging krijgen is dat 38%**. Patiënten die behandeld worden door een thuisverpleegkundige sterven blijkbaar vroeger. Waarschijnlijk is dit te wijten aan het feit dat vooral de heel zwaar zorgbehoevende patiënten beroep doen op thuisverpleging. Grafiek 2 op pagina 68 toont de spreiding van het aantal dagen verpleegkundige zorgen die een patiënt krijgt. Voor een adequate beoordeling van deze cijfers is meer gedetailleerde informatie nodig over die patiëntengroep (bijv. hoeveel patiënten zijn nog in leven na 3 maanden, na 4 maanden, ...) en de verzorging die ze krijgen (bijv., zijn ze opgenomen in een ziekenhuis of in een andere instelling).

Een kerndoelstelling van het beleid is de mogelijkheid bieden aan de patiënt om in goede omstandigheden zijn laatste dagen thuis door te brengen. De cijfergegevens uit 2003 tonen dat **27% van de palliatieve patiënten niet werd opgenomen in een ziekenhuis. Daarenboven werd 30% slechts 1 dag opgenomen** (zie grafiek 4 p. 71). Een sterke indicatie dat er toch vrij veel palliatieve patiënten thuis (kunnen) worden verzorgd. De omstandigheid dat de patiënt behandeld wordt door een thuisverpleegkundige verandert weinig aan die cijfers.

De behandeling door een thuisverpleegkundige heeft wel een duidelijke invloed op de plaats van overlijden: in 2003 **stierf 56,5% van de palliatieve patiënten die verpleging kregen thuis, tegen 45,3% van de palliatieve patiënten die geen thuisverpleging kregen**. Dit is een belangrijke aanwijzing voor een positieve correlatie tussen het ontvangen van thuisverpleging en het thuis sterven.

Nog enkele andere gegevens kunnen verkregen worden uit de pseudo-codes die verpleegkundigen moeten meedelen. Er worden bijvoorbeeld **relatief meer technische verstrekkingen** verricht bij palliatieve patiënten dan bij andere zwaar zorgbehoevende patiënten.

Uit de **specifieke pseudo-codes** kunnen weinig valide gegevens gehaald worden vanwege de **onvolledige invulling** door de verpleegkundigen. Een reden daarvoor is het feit dat deze pseudo-codes enkel moeten worden gebruikt in voorkomend geval, waardoor ook bij afwezigheid van pseudo-codes de tegemoetkoming toch kan worden toegekend.

Bij gebrek aan historische gegevens is het moeilijk om de invloed van de ingevoerde maatregelen in te schatten. Er kan dus niet cijfermatig aangetoond worden dat door deze maatregelen de palliatieve patiënten vaker tot hun einde thuis kunnen blijven wonen of er al dan niet meer thuisverpleging wordt verleend aan die patiënten.

6. Reflecties van de sector: feed-back over beleidsdoelstelling en bereikt resultaat

Uit informele contacten met individuele verpleegkundigen blijkt dat de maatregel in belangrijke mate beantwoordt aan de doelstelling om de palliatieve patiënt die dat wenst thuis in goede omstandigheden te laten sterven.

7. Aandachtspunten op cliënteniveau (microniveau) en organisatieniveau (mesoniveau)

- Er zijn geen duidelijke aanwijzingen voor lacunes in het verpleegkundig zorgaanbod in de thuissituatie.
- Ondanks het feit dat er geen referentieverpleegkundigen voor palliatieve zorg erkend zijn en er dus geen lijst bestaat met dergelijke verpleegkundigen, heeft de sector zich intussen spontaan georganiseerd zodat dat de vereiste contacten werden gelegd.
- Niet alle zorgverleners (verpleegassistenten/ziekenhuisassistenten) betrokken in de thuisverpleging mogen de palliatieve verstrekkingen aanrekenen aangezien ze niet de vereiste bekwaamheid hebben. Hierdoor worden verscheidene actoren – die soms ervaring hebben en bijscholing hebben gevolgd – niet betrokken bij de maatregel. Ook is het mogelijk dat bepaalde patiënten als ze het palliatief statuut krijgen niet meer beroep zouden doen op hun gebruikelijke thuisverpleegkundige.

8. Aandachtspunten voor het beleid (macroniveau)

- Op budgettair vlak is de impact van de maatregel onder controle. Het aantal palliatieve patiënten in de thuisverpleging is stabiel en door de gestructureerde gegevensinzameling kan de maatregel goed opgevolgd worden.
- Om zicht te krijgen op de inhoudelijke meerwaarde van de specifieke nomenclatuur voor palliatieve thuisverpleging zijn bij de start ervan gelijktijdig een aantal pseudo-codes ingevoerd. Deze pseudo-codes geven informatie over: een dringend bezoek overdag of 's nachts, het voorbereiden van medicatie, contact met referentie-verpleegkundigen, overlegvergadering met de huisarts, contact met de multidisciplinaire palliatieve begeleidingsequipe, bezoek zonder nomenclatuurakte of een bezoek van minimum 1 uur.
In principe is de invulling van deze codes verplicht maar in de praktijk is de motivatie bij verpleegkundigen tot het invullen van specifieke pseudo-codes bijzonder laag. Daarom is een cijfermatige evaluatie van de bijkomende handelingen verricht in het kader van de palliatieve thuisverpleging moeilijk. Verdere opvolging is zeker aangewezen.
- Naar aanleiding van dit project werden interessante gegevens – zoals de plaats van overlijden, de eventuele opname in een instelling – bekomen door een ad-hoc bevraging bij enkele verzekeringsinstellingen. Het is aangewezen om deze informatie op een meer gestructureerde wijze in te zamelen, zodat volledige en historische gegevens kunnen gegenereerd worden.
- Een uitgebreide gegevensinzameling zou ook elementen kunnen aanreiken inzake de patiënten die meer dan 2 maanden opgenomen zijn in het systeem van palliatieve zorg. Deze patiënten vallen dan onder de financieel bijzonder gunstige tegemoetkomingsvoorwaarden die verankerd zijn aan het palliatief statuut van de betrokkene. Dit aantal patiënten is niet waarloosbaar.
Alhoewel de maatregel in de thuisverpleging budgettair gezien onder controle is, kan in het kader van een optimale allocatie van de beschikbare middelen een wijziging opportuun worden geacht.

Een gestructureerde gegevensinzameling gevolgd door een grondige analyse, waarvan in dit project reeds een eerste aanzet is gegeven, is een belangrijk element in de voorbereiding van een eventuele wijziging aan de regelgeving.

HOOFDSTUK 4 – PALLIATIEVE ZORG IN DE SECTOR ROB – RVT – 2001

De financiering van de palliatieve opdracht in de Rust- en verzorgingstehuizen (RVT) of Rustoorden voor bejaarden (ROB) is ingevoerd einde 2001 in uitvoering van het “Beleidsplan palliatieve zorg” van 7 september 2000 van de toenmalige ministers Magda Aelvoet (Volksgezondheid) en Frank Vandembroucke (Sociale Zaken). Destijds is een budget van maximaal 12.394.676 EUR (500 mln. BEF) vooropgesteld.

1. Doelstelling - doelgroep

De maatregel is, naar analogie van de palliatieve opdracht in ziekenhuizen, bedoeld ter ondersteuning van de verzorging van terminaal zieke patiënten in RVT (MB 22 november 2001).¹

Palliatieve zorg maakt een integrerend deel uit van het gezondheidszorgaanbod dat zich niet enkel richt op “genezen” (cure) maar ook op “verzorgen” (care). Daarom is het belangrijk dat palliatieve zorg toegankelijk en beschikbaar is voor alle terminaal zieke patiënten en wordt aangeboden op die plaats waar de patiënt voor kiest. Meer en meer patiënten kiezen ervoor om thuis te sterven maar ook het “thuisvervangend” milieu wordt beschouwd als een alternatief voor het ziekenhuis.

Ten einde palliatieve zorg op het voorplan te brengen in de RVT- en ROB-sector worden de coördinerend geneesheer en de hoofdverpleegkundige belast met :

- Het invoeren van een palliatieve zorgcultuur en de sensibilisering van het personeel;
- Het formuleren van adviezen inzake palliatieve zorg ten behoeve van het aanwezige zorgpersoneel (verpleegkundigen, verzorgenden, paramedici, kinesitherapeuten);
- Het bijwerken van de kennis inzake palliatieve zorg van het hierboven genoemde personeel van de betrokken instellingen. Het betreft een complementaire opdracht voor deze zorgverstrekkers en het is geenszins de bedoeling de verzorging zelf over te nemen.

De beoogde **doelgroep** van palliatieve patiënten zijn **zwaar zorgafhankelijke** (categorie B, C of Cd) en **terminaal zieke patiënten** die aan een ongeneeslijke ziekte lijden en die noodgedwongen verblijven in een “thuisvervangende” omgeving. Palliatieve zorg is erop gericht de kwaliteit van het resterende leven van de terminale patiënt en nabestaanden te waarborgen en te optimaliseren.

Niettegenstaande de financiering loopt via de patiënten van categorie B, C en Cd is het evenwel de bedoeling dat de palliatieve zorgcultuur ook ten goede komt van de bewoners die qua zorgafhankelijkheid ressorteren onder de categorieën 0 en A.

2. Omschrijving van de maatregel

Om de doelstelling van optimale palliatieve patiëntenzorg in de sector RVT en ROB te bewerkstelligen is artikel 147 van het uitvoeringsbesluit van de GVU-wet gewijzigd bij middel van het ministerieel besluit van 22 november 2001.

De ondersteuning van de palliatieve opdracht in zowel RVT- als ROB-sector gebeurt door middel van een forfaitaire tegemoetkoming per dag verblijf in een instelling en is uitsluitend bestemd voor de vorming van het personeel. De maatregel heeft uitwerking vanaf 1 oktober 2001.

Het forfait bedraagt in 2004 exact 0,28 EUR (voordien 0,27 EUR) per dag en per opgenomen patiënt met afhankelijkheids categorie B, C en Cd indien de instelling aan bepaalde voorwaarden betreffende de ontwikkeling van de palliatieve zorgcultuur voldoet.

¹ Het ministerieel besluit van 22 november 2001 tot wijziging van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 (...) is **opgeheven** bij ministerieel besluit van 6 november 2003.

Het forfait is enkel bestemd voor inrichtingen :

- met een afdeling die een bijzondere erkenning heeft als “rust- en verzorgingstehuis”;
- voor inrichtingen die in verhouding tot het totaal aantal erkende bedden 40% of meer patiënten tellen met een afhankelijkheids categorie B, C en Cd en waar bovendien ten minste 25 patiënten van de B, C en Cd categorie verblijven (gemiddeld op jaarbasis).

De afhankelijkheidsstatus van de patiënt-bewoners blijkt uit de Katz-evaluatieschaal en het medisch verslag die samen de basis vormen voor elke individuele aanvraag tot tegemoetkoming van de ziekteverzekering. Het individuele verzorgingsdossier maakt melding van het ADL-verzorgingsplan (activiteiten van het dagelijks leven), de psychische toestand en de uitgevoerde technische verpleegkundige en paramedische handelingen.

3. **Aanvraagprocedure**

De algemene voorwaarden tot aanrekenen van het forfait zijn :

- Op het niveau van de **patiënt-bewoner** :
Beantwoorden aan de criteria inzake zorgbehoefte zoals bepaald in artikel 151 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 ¹.
De **individuele aanvraag voor tegemoetkoming** moet vergezeld zijn van (1) de ingevulde evaluatieschaal en (2) een medisch verslag.
- Op het niveau van de **instelling** zelf :
Het forfait is enkel bestemd voor inrichtingen:
 - met een afdeling die een bijzondere erkenning heeft als “rust- en verzorgingstehuis”;
 - voor inrichtingen die in verhouding tot het totaal aantal erkende bedden 40% of meer patiënten tellen met een afhankelijkheids categorie B, C en Cd en waar bovendien ten minste 25 patiënten van de B, C en Cd categorie verblijven (gemiddeld op jaarbasis)De instelling **attesteert** dit aan de hand van een vragenlijst die het krijgt van het Riziv.

De **financiering van de palliatieve functie gebeurt via deel C** van de financiering van ROB-RVT. De vereisten² waaraan moet voldaan worden, zijn :

- a) Dat een inrichting gedurende het jaar een aantal uren vorming geeft; dit aantal uren moet minstens gelijk zijn aan het aantal patiënten B en C op 30 juni voorafgaand aan het jaar van de vorming (in principe van 1 september tot 30 juni).
Bij de eindafrekening wordt het aantal uren bepaald op basis van het aantal personeelsleden die de vorming hebben gevolgd, met een maximum van 10 personeelsleden per uur vorming.
- b) Dat er een intentieverklaring is opgemaakt waarin het beleid wordt omschreven dat de inrichting van plan is te volgen op vlak van de palliatieve verzorging.
- c) Dat in de inrichting een verantwoordelijke wordt aangeduid voor de organisatie van de palliatieve verzorging en de opleiding.
- d) Het sluiten van een overeenkomst met een regionale vereniging die zich met palliatieve verzorging bezig houdt.
- e) Het jaarlijks overmaken aan het Riziv van een vragenlijst; dit is nuttig in het kader van de evaluatie van de palliatieve werking in de inrichtingen.
Van de inrichtingen die niet in aanmerking komen voor deze financiering wordt verwacht dat zij beroep doen op de palliatieve netwerken en organisaties.

¹ Koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

² Riziv: Rustoorden voor bejaarden - Rust- en verzorgingstehuizen - Nieuw financieringssysteem vanaf 1 januari 2004, punt 5.4, p. 36.

4. Evaluatie budgettaire uitgave (financieel perspectief)

Algemeen overzicht

Tabel 14 : Uitgaven voor palliatieve zorg – sector RVT – ROB

uitgaven in EUR		RVT	ROB	TOTAAL	FORFAIT
2003	reëel	3.752.000	1.548.000	5.300.000	0,27
	budget	4.099.661	2.085.666	6.185.327	0,27
	verschil	347.661	537.666	885.327	
2004	budget	4.587.564	1.950.677	6.538.241	0,28
aantal gevallen		RVT	ROB	TOTAAL	
2003	reëel	13.900.266	5.747.375	19.647.641	
	gebudgetteerd	15.183.930	7.724.688	22.908.618	
	verschil	1.283.664	1.977.313	3.260.977	
2004	gebudgetteerd	16.384.092	6.966.702	23.350.794	

Bron : RIZIV – Dienst voor geneeskundige verzorging - actuaariaat

Het **jaarbudget 2003** voor de financiering van het palliatief forfait a rato van 0,27 EUR per dag en per opgenomen patiënt met afhankelijkheidscategorie B, C en Cd bedraagt **6.185.327 EUR** (249,52 mln. BEF).

Het **jaarbudget 2004** bedraagt **6.538.241 EUR** (263,75 mln. BEF) en voorziet in de vergoeding van het forfait a rato van 0,28 EUR per dag en per opgenomen patiënt met afhankelijkheidscategorie B, C en Cd. Het budget 2004 is gestegen met 5,7% ten opzichte van het budget 2003.

5. Evaluatie globaal: analyse en cijfergegevens

Uit bovenstaande tabel blijkt dat in 2003 het reële aantal uitbetaalde palliatieve forfaits in de sector ROB-RVT oploopt tot ruim 19,6 mln. en dat 14,2% van het gebudgetteerde aantal palliatieve forfaits niet is opgebruikt.

In 2004 worden 1,9% meer gevallen geraamd dan in 2003. Er is budgettaire ruimte voor 23,4 mln. palliatieve forfaits a rato van 0,28 EUR.

Bijna 71% van de uitgaven voor palliatief forfait in 2003 zijn bestemd voor de RVT-patiënten ten opzichte van 29% voor de ROB-patiënten.

Besluit

Het financieringskanaal loopt via de zwaar zorgafhankelijke patiënten (categorie B, C en Cd). Nochtans is het evident dat de palliatieve zorgcultuur ook ten goede komt van de bewoners die qua zorgafhankelijkheid ressorteren onder de categorieën 0 en A.

Bijna 71% van de uitgaven voor palliatief forfait in 2003 is bestemd voor de RVT-patiënten ten opzichte van 29% voor de ROB-patiënten.

Naast de geobjectiveerde individuele zorgafhankelijkheid van de bewoners moet ook de ROB- of RVT-instelling zelf aan bepaalde criteria inzake erkenning of zorgzwaarte van het patiënteel voldoen.

Het forfait is uitsluitend bestemd voor de opleiding en sensibilisering van het personeel en niet voor het intensifiëren van de verzorging en/of begeleiding van de terminaal zieke bewoner.

De ontwikkeling van de palliatieve zorgcultuur wordt enkel op formele wijze opgevolgd via controle van het aantal uren opleiding dat moet vergoed worden (met een maximum van 10 personeelsleden per uur vorming).

Algemene maatregelen ter evaluatie en controle zijn enerzijds de jaarlijkse bevraging door de bevoegde Riziv-dienst en anderzijds het individuele verzorgingsdossier dat moet bijgehouden worden voor rechthebbenden van de afhankelijkheidscategorieën A, B, C of Cd. De zorgbehoefte moet aangetoond worden aan de hand van een evaluatieschaal (Katz-schaal), conform artikel 151 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996.

6. Reflecties vanuit de sector

De ondersteuning van de ontwikkeling van de palliatieve zorgcultuur in de sector ROB-RVT wordt ervaren als zijnde een elementaire maar tegelijk zeer waardevolle maatregel ten voordele van de terminaal zieke patiënten die er verblijven en ... er ook zullen sterven.

De sector wil graag volgende opmerkingen of tekortkomingen onder de aandacht brengen :

- Sterven in het rusthuis maakt integraal deel uit van het leven in dat rusthuis en is niet louter afhankelijk van de graad van zorgbehoefte van de bewoners.
- De actieve begeleiding en psychosociale ondersteuning van de palliatieve patiënt en zijn familie is slechts minimaal aanwezig of ontbreekt zelfs volledig aangezien het forfait louter bestemd is voor opleiding en sensibilisering van het personeel.
- Niettegenstaande ROB- en RVT-instellingen reeds decennia lang beschouwd worden als instellingen voor "thuisvervangend wonen" zijn de terminaal zieke en zwaar zorgafhankelijke bewoners die er verblijven volledig uitgesloten van bepaalde maatregelen die in het bijzonder voor deze doelgroep in het leven geroepen zijn in de ambulante sector. Zoals bijvoorbeeld de afschaffing van het remgeld voor bezoek van de huisarts.
- De werking van de netwerken voor palliatieve zorg en van de multidisciplinaire begeleidings-equipages wordt als positief ervaren omdat de instellingen beroep kunnen doen op de daar aanwezige expertise.

Vooraf instellingen die niet rechtstreeks in aanmerking komen voor de financiering van het palliatief forfait, werken samen met een netwerk voor palliatieve zorg of een multidisciplinaire begeleidingsequipe.

- Een referentiepersoon voor palliatieve zorg per instelling kan een waardevolle bijdrage leveren.
- Evaluatie van het vormingsproces ontbreekt.

De instelling attesteert het aantal uren vorming aan de hand van een vragenlijst dat het krijgt van het Riziv (met een maximum van 10 personeelsleden per uur vorming). Dit systeem laat toe een zekere "vormelijke" controle uit te oefenen maar een controle naar de inhoud van de opleiding ontbreekt volledig.

Eenmaal een opleiding afgerond is en het (primaire) sensibiliseringsproces doorlopen is, heeft herhaling van dezelfde opleiding bij veelal dezelfde personeelsleden weinig zin. Voortdurend opleiden zonder te kijken naar de outcome, het resultaat van de vorming, is niet aangewezen.

7. Aandachtspunten op cliënteniveau (microniveau) en organisatieniveau (mesoniveau)

- Adequate zorg en psycho-sociale begeleiding van de terminaal zieke patiënt-bewoner en van zijn familie zijn belangrijke componenten van het totale zorgaanbod voor deze patiëntenpopulatie.
- Financiële toegankelijkheid: het "thuisvervangend" wonen geeft geen recht op het palliatief statuut en bijgevolg ook niet op de afschaffing van het remgeld voor bezoek van de huisarts.
- Communicatie en interactie met de behandelende (huis)arts en de familie is noodzakelijk.

8. Aandachtspunten voor het beleid (macroniveau)

- Verbetering van de financiële toegankelijkheid van de terminaal zieke patiënt-bewoner omdat het “thuisvervangend” wonen geen recht geeft op het palliatief statuut en bijgevolg ook niet op de afschaffing van het remgeld voor bezoek van de huisarts.
- Het aanbieden van palliatieve zorg en psycho-sociale begeleiding is bedoeld om de kwaliteit van leven gedurende de (pre)terminale levensfase te optimaliseren. Naast het ontwikkelen van een palliatieve zorgcultuur is er aandacht nodig voor het meer tijdsintensieve karakter van het verzorgingsproces. Deze terminaal zieke bewoners hebben adequate zorg en psycho-sociale begeleiding nodig.
- Opvolging en controle van het opleiding en sensibiliseringsproces in de sector ROB-RVT. Versterking van de palliatieve zorgcultuur door per instelling een functie van referentieverpleegkundige voor palliatieve zorg te introduceren.

HOOFDSTUK 5 – DAGCENTRA PALLIATIEVE VERZORGING – 2002

Een beperkt aantal “experimentele” dagcentra voor palliatieve verzorging is opgestart sinds begin 2002 in uitvoering van het “Beleidsplan palliatieve zorg” van 7 september 2000 van de toenmalige ministers Magda Aelvoet (Volksgezondheid) en Frank Vandenbroucke (Sociale Zaken). Er is destijds een budget van 1.239.467,6 EUR (50 mln. BEF) voor gereserveerd.

1. Doelstelling - doelgroep

De bedoeling van dit experiment is eerst en vooral na te gaan of het dagcentrum een bijdrage kan leveren aan een optimale verzorging thuis van terminale patiënten en zo het thuis verblijven en thuis sterven van terminale patiënten in kwalitatief verantwoorde omstandigheden kan bevorderen.¹ (Zie tekst overeenkomst in bijlage p. 127.)

De palliatieve patiënten die door het dagcentrum worden beoogd, zijn terminaal zieke patiënten die aan een ongeneeslijke ziekte lijden en die bovendien aan alle volgende bijkomende voorwaarden beantwoorden :

- de algemene gezondheidstoestand dient eerder slecht te zijn; de patiënt zal dan ook meestal afhankelijk zijn van derden voor wat sommige handelingen van het dagelijks leven betreft;
- elke niet-louter-symptomatische behandeling van de patiënt is overbodig;
- er wordt geen voorzienbare remissie van de patiënt verwacht;
- de verzorging van de patiënt vergt nu reeds of zal in de nabije toekomst toenemend een belangrijke tijdsintensieve en volgehouden inzet vergen van verzorgend personeel met een specifieke bekwaamheid (algemeen geneeskundige, verpleegkundigen, enz.) en in sommige gevallen ook aangepaste technische middelen;
- de nog resterende levensverwachting van de patiënt mag niet meer bedragen dan 6 maanden.²

Situering “tussentijdse evaluatie” versus eindevaluatie van de experimentele fase.

Van bij de aanvang is de maximale looptijd van de experimentele fase vastgelegd op 3 jaar.

Er zijn immers nog een aantal fundamentele vragen met betrekking tot deze initiatieven zoals (1) de plaats of “setting” ervan (ziekenhuis, rusthuizen, afzonderlijk), (2) hun geografische spreiding en toegankelijkheid en (3) de omvang en de wijze van financiering van deze centra.

Omwille van voorgaande redenen en aansluitend op het advies van de Nationale Ziekenhuisraad (zie bijlage p. 150), is voorgesteld om enkele van deze centra onder de vorm van een experiment te subsidiëren.

De eerste dagcentra voor palliatieve verzorging zijn gestart in januari 2002 en alle overeenkomsten blijven geldig tot 31 december 2004.

Conform artikel 20 van de overeenkomst moet elk dagcentrum ten laatste op 30 juni 2004 een activiteitenverslag overmaken aan de Dienst voor geneeskundige verzorging. Dit verslag geeft een overzicht van de werking van het dagcentrum in de periode die loopt vanaf de startdatum van deze overeenkomst tot en met 31 december 2003.

¹ Artikel 2, § 7, van de Overeenkomst tussen het Verzekeringscomité en de inrichtende macht van het dagcentrum.

² Artikel 3, § 1, van de Overeenkomst tussen het Verzekeringscomité en de inrichtende macht van het dagcentrum.

2. Omschrijving van de maatregel

Conform artikel 4 van de overeenkomst moet het dagcentrum minstens de volgende diensten aanbieden teneinde de thuisverzorging van terminale patiënten in hun laatste levensweken en levensmaanden te ondersteunen:

- openingsuren:
 - de mogelijkheid om van 9 tot 17 uur in het dagcentrum te verblijven ;
- medisch beleid:
 - algemeen medisch beleid (cf. samenwerkingsovereenkomst met de huisarts) ;
 - specifiek therapeutisch aanbod (cf. overeenkomsten tussen het dagcentrum en geneesheerspecialisten en/of ziekenhuizen).
 - de aanwezigheid in het dagcentrum, tijdens alle uren dat patiënten in het dagcentrum aanwezig zijn, van een geneesheer of een verpleegkundige die deel uitmaakt van de personeelsequipe van het dagcentrum, zodat patiënten snel hulp kunnen krijgen in geval van medisch-verpleegkundige problemen. Naar de patiënten toe vervullen de geneesheer en verpleegkundige ook de rol van geprivilegieerde gesprekspartners over hun gezondheidstoestand ;
- verpleegkundig beleid:
 - de mogelijkheid om alle verpleegkundige verstrekkingen die normaliter in de woonplaats van de patiënt worden verleend, in het dagcentrum te laten gebeuren (door een verpleegkundige van het dagcentrum) op de dagen en uren dat de patiënt daar verblijft; over de precieze verpleegkundige verstrekkingen die in het dagcentrum (door een verpleegkundige van het dagcentrum) aan een bepaalde patiënt zullen worden verleend, dienen voorafgaandelijk tussen het dagcentrum, de huisarts en de betrokken thuisverpleegkundigen afspraken te worden gemaakt, die moeten worden vastgelegd in de in artikel 14, § 1 voorziene samenwerkingsovereenkomsten ;
 - de mogelijkheid om in het dagcentrum een bad te nemen, voor patiënten die dat thuis niet meer kunnen of voor wie een bad thuis te gevaarlijk of te moeilijk is geworden. Hiertoe moet het dagcentrum zelf over een aangepast bad beschikken of op dergelijke infrastructuur kunnen beroep doen in hetzelfde gebouw of in een ander gebouw dat op dezelfde site gelegen is ;
- psycho-sociaal beleid:
 - de mogelijkheid om geregeld (minstens één keer per twee weken) een gesprek te hebben met een psycholoog en/of een maatschappelijk assistent ;
- algemeen beleid:
 - de mogelijkheid om 's middags een aan ieders gezondheidstoestand aangepaste, voedzame warme maaltijd te gebruiken ;
 - de mogelijkheid om minstens een deel van de tijd dat de patiënten in het dagcentrum vertoeven, in een bed of ligzetel door te brengen, voor de patiënten die daar nood aan hebben ;
 - de mogelijkheid tot sociaal contact met andere patiënten, met de leden van de personeelsequipe van het dagcentrum, en eventueel met vrijwilligers die een bijdrage leveren aan de werking van het dagcentrum ;
 - de mogelijkheid om deel te nemen aan allerlei, aan de patiëntenpopulatie aangepaste activiteiten die door het dagcentrum worden aangeboden (allerlei creatieve technieken, gezelschapsspelen, televisiekijken, muziek beluisteren, werken met informatica, wandelen, enz.).

Een zelfde patiënt moet niet noodzakelijk beroep doen op al de diensten die het dagcentrum aan zijn patiënten aanbiedt. De precieze diensten waarvan een patiënt gebruik maakt, kunnen derhalve sterk wisselen van patiënt tot patiënt.

3. Aanvraagprocedure

Conform artikel 15 van de overeenkomst komt “de begeleiding van een rechthebbende in het dagcentrum alleen maar voor vergoeding door de verzekering voor geneeskundige verzorging in aanmerking als het College van geneesheren-directeurs of de adviserend geneesheer – in het geval dat die reglementair bevoegd is - zich gunstig heeft uitgesproken over de tenlasteneming van de begeleiding van die rechthebbende in het dagcentrum”.

Bij de start van een nieuw type van revalidatieovereenkomst (alsook in het kader van de experimentele fase) ligt deze bevoegdheid gedurende de eerste twee jaren bij het College zelf.

Een gunstige beslissing geeft echter niet automatisch recht op deze forfaitaire tegemoetkoming omdat alleen de dagen die effectief gerealiseerd worden binnen de “aanvaarde begeleidingsperiode” en die aan alle andere in deze overeenkomst gestelde voorwaarden beantwoorden, komen voor vergoeding in aanmerking.

Het medisch verslag, opgesteld onder de verantwoordelijkheid van een arts van het dagcentrum, is een verplicht onderdeel van een aanvraag. Dit verslag moet minstens volgende gegevens vermelden:

- de aandoening waaraan de rechthebbende lijdt (te vermelden op basis van de ICD-10-classificatie);
- de identificatiegegevens van de huisarts, de thuisverpleegkundige en belangrijke geneesheren-specialisten die voor de zorgverlening aan deze patiënt instaan;
- de handelingen van het dagelijks leven waarvoor de patiënt afhankelijk is van derden (op het ogenblik dat het dagcentrum voor het eerst tussenkomt);
- de redenen waarom de tussenkomsten van het dagcentrum voor deze patiënt geïndiceerd zijn.

Het opstellen van een medisch verslag houdt in hoofde van het dagcentrum de bevestiging in dat de rechthebbende aan alle voorwaarden van de overeenkomst beantwoordt en in het bijzonder aan de voorwaarden inzake doelgroep en criteria van zorgafhankelijkheid en resterende levensverwachting (zie ook punt 1).

De toestemming om het verblijf in het dagcentrum ten laste te nemen, zal om praktische redenen steeds verleend worden voor een periode van 6 maanden, te rekenen vanaf de eerste (normaliter vergoedbare) dag die een patiënt heeft doorgebracht in het dagcentrum, ook als de nog resterende levensverwachting van de rechthebbende korter is dan 6 maanden.

Aanvragen om verlenging van deze periode kunnen slechts zeer uitzonderlijk ingediend worden indien, binnen de eerste maand na opname in het dagcentrum, het verblijf met minstens één maand onderbroken wordt omdat de gezondheidstoestand van de betrokkene onverhoopt verbeterd is (cf. art. 11, § 2, van de overeenkomst). Het toegestane verblijf kan eenmalig maximaal verlengd worden met 6 maanden na de beëindiging van de “onderbrekingsperiode”.

4. Evaluatie budgettaire uitgave (financieel perspectief)

Bij de aanvang van dit experimenteel project is een budget van 1.239.467,6 EUR (50 mln.BEF) op jaarbasis gereserveerd.

De forfaitaire tegemoetkoming per verblijfsdag wordt berekend per centrum in functie van de reële samenstelling van de personeelsequipe en rekening houdend met het aantal dagen dat het dagcentrum open is. Het **forfait** schommelt naargelang het centrum van **100 tot 150 EUR** (4.034 tot 6051 BEF) per aanwezige dag.

Tabel 15 : Uitgaven voor dagcentra voor palliatieve verzorging

	2002	2003
Uitgaven (in EUR)	23.850	287.201
Aantal gevallen	172	2.186

Bron : RIZIV – Dienst voor geneeskundige verzorging - actuaariaat

In 2003 is het voorziene budget maar voor 23,17% opgebruikt.

5. Evaluatie globaal: overzicht experimentele fase, analyse en cijfergegevens

In totaal zijn er sinds begin 2002 tien overeenkomsten afgesloten tussen het Verzekeringscomité enerzijds en de inrichtende macht van het dagcentrum voor palliatieve verzorging anderzijds. De eerste contracten dateren van 14 januari 2002 en de laatste overeenkomst is afgesloten op 27 januari 2003. De voorziene einddatum van de experimentele periode is voor alle centra vastgelegd op 31 december 2004.

5.1. Aantal opnames

Vanaf begin januari 2002 tot en met 2 april 2004 heeft het College van geneesheren-directeurs in **totaal 294 aanvragen** voor tegemoetkoming voor een opname in een dagcentrum voor palliatieve verzorging ontvangen, waarvan:

- **223 aanvragen met een gunstige beslissing** van het College;
- 29 aanvragen hebben aanleiding gegeven tot een ongunstige beslissing;
- in 42 gevallen heeft het College meerdere beslissingen genomen.

Bij een minderheid van de patiënten (ca. 4,1%) is tweemaal een aanvraag ingediend. De tweede aanvraag kan bijvoorbeeld het gevolg zijn van een onvolledig dossier of een weigering van aanvraag.

De verdeling tussen beide seksen wijst op een duidelijk overwicht van vrouwelijke patiënten. In totaal hebben 173 vrouwen een aanvraag ingediend tegenover 121 mannen.

5.2. Onderzoek naar opnameindicatie

Aan de hand van een kleine steekproef wordt gepeild naar de medisch-therapeutische opnameindicatie van de groep van patiënten die na goedkeuring door het College een forfaitaire tegemoetkoming ontvangen per verblijfsdag in het centrum.

Ten einde relevante informatie over de indicatiestelling te bekomen, zijn tien individuele patiëntendossiers nauwkeurig onderzocht. Het betreft slechts 10 dossiers op een totaal van 223 goedgekeurde aanvragen of 4,5% van de totale patiëntenpopulatie.

Niettegenstaande deze summiere steekproef niet als representatief kan beschouwd worden, is er wel een **informatieve meerwaarde**.

Bij onderzoek van tien individuele dossiers blijkt dat niet alle dossiers volledig ingevuld zijn. In het bijzonder bij onderzoek naar de behoefte aan thuisverpleging voor deze doelgroep van zwaar zorgafhankelijke palliatieve patiënten blijkt dat de informatie in vier dossiers ontbreekt. De zorgafhankelijkheid wordt weergegeven aan de hand van de Katz-schaal.

Samenvatting van de voornaamste resultaten van deze steekproef:

- Acht van de tien patiënten lijden aan kanker;
- Leeftijd varieert van 32 tot 87 jaar (cf. infra);
- De zorgafhankelijkheid varieert van categorie O tot A, B of C.
- Sommige personen met een zware zorgafhankelijkheid maken helemaal geen gebruik van (professionele) verpleegkundige zorgen aan huis.
- Sommige personen zonder zorgafhankelijkheid blijken daarentegen wel de thuisverpleging in te schakelen voor hun verzorging.
- De vermelde **opnameindicaties** wijzen in hoge mate op de behoefte aan psycho-sociale en emotionele ondersteuning en begeleiding, doorbreken van het sociaal isolement. De medisch-therapeutische indicaties zijn eerder zeldzaam. Slechts in twee gevallen wordt pijn- en symptoomcontrole opgegeven als indicatie tot opname. In één dossier staat vermeld dat toezicht noodzakelijk is.

De gegevens zijn "ter illustratie" samengebracht in een tabel (zie bijlage 10 p. 152).

5.3. *Analyse leeftijdsstructuur*

Een analyse op basis van de geboortedata van **alle patiënten** (uit het mainframe bestand) waarvoor een aanvraag voor opname in het dagcentrum ingediend is, geeft volgend resultaat :

- De gemiddelde leeftijd is 64 jaar.
- De mediane leeftijd bedraagt 66 jaar.
- De leeftijd varieert van 21 tot 97 jaar (range).
- Kwartiel 1 = 55 jaar; kwartiel 2 = 66,5 jaar; kwartiel 3 = 75,5 jaar; kwartiel 4 = 97 jaar.
- De proportie van patiënten jonger dan 60 jaar bedraagt 34,5%.

Bovenstaande gegevens tonen aan dat 25% van de populatie van het dagcentrum jonger is dan 55 jaar terwijl 50% van de groep ouder is dan 66 jaar.

In totaal is 34,5% van de populatie van het palliatieve dagcentrum jonger dan 60 jaar.

Zie ook grafiek 21 in bijlage p. 153.

5.4. *Bezettingsgraad*

Bij aanvang van de experimentele fase is een bezettingsgraad van 80% vooropgesteld. Het forfait is dusdanig berekend dat bij 80% bezetting het centrum (maximaal) vergoed wordt a rato van 100%.

Aan de hand van de aanwezigheidsregisters is voor de jaren 2002 en 2003 per centrum de bezettingsgraad berekend. Ter verduidelijking dient vermeld te worden dat enkel de aanwezigheidsdagen onder code A meegeteld worden. Code A wijst op "facturatiedagen" die vallen binnen de maximaal vergoedbare begeleidingsperiode van 6 maanden.

Bij analyse van de **bezettingsgraad voor het jaar 2002** is rekening gehouden met het feit dat in 2002 maar 9 dagcentra aangesloten waren en dat de startfase gefaseerd verlopen is. Sommige centra zijn gestart medio januari en andere pas de tweede helft van juli. Per centrum is de reële werkingsduur volgens het contract in aanmerking genomen.

- De bezettingsgraad per centrum varieert van 0,5% tot 61,4%.
- De globale gemiddelde bezettingsgraad bedraagt 17,3%.

Bij analyse van de **bezettingsgraad voor het jaar 2003** is rekening gehouden met het feit dat einde januari het tiende dagcentrum de conventie ondertekend heeft.

- De bezettingsgraad per centrum varieert dit jaar van 0,3% tot 55,4%.
- De globale gemiddelde bezettingsgraad bedraagt 26,4%.

Uit bovenstaande cijfers blijkt dat de bezettingsgraad van de dagcentra voor palliatieve zorg zowel in 2002 als in 2003 ver onder de verwachtingen gebleven is en dat geen enkel centrum het vooropgestelde criterium van 80% gerealiseerd heeft.

5.5. *Samenvatting tussentijdse evaluatie*

De opname en verblijfsgegevens van de eerste 2 jaren van de experimentele fase van de dagcentra voor palliatieve verzorging tonen aan dat:

- Er sprake is van onderbezetting.
- Het een overwegend oudere populatie betreft niettegenstaande de minimum en maximum leeftijd sterk uit mekaar ligt (21 versus 97 jaar).
- Er een discordantie is tussen enerzijds de graad van zorgafhankelijkheid van de palliatieve patiënt en anderzijds het gebruik van (professionele) thuisverpleging. Bij sommige patiënten met zware zorgafhankelijkheid wordt de thuisverpleging niet ingeschakeld en ook omgekeerd is er wel thuisverpleging bij patiënten zonder zorgafhankelijkheid.
- Uit de opnameindicaties blijkt vooral een behoefte aan psycho-sociale en emotionele ondersteuning en begeleiding, en het doorbreken van het sociaal isolement. De medisch-therapeutische indicaties zijn eerder zeldzaam.

6. Reflecties vanuit de sector

De vertegenwoordigers van de dagcentra voor palliatieve zorg hebben enkele knelpunten gesignaleerd aan het College van geneesheren-directeurs. Deze knelpunten hebben in hoofdzaak betrekking op de definitie van de doelgroep van palliatieve patiënten die aan de basis ligt van elke aanvraag tot opname.

Ten einde beter te kunnen functioneren is volgens hen een verruiming van de doelgroep noodzakelijk:

- Er zijn ook niet palliatieve patiënten die dagelijks nood hebben aan ondersteuning en verzorging. Het betreft met name personen met progressieve neuro-musculaire aandoeningen waarbij het ziekteproces geëvolueerd is naar een degeneratieve toestand.
- Voor palliatieve patiënten is de vooropgestelde resterende levensverwachting van 6 maanden veel te kort. De sector vraagt het criterium levensverwachting uit te breiden tot 18 maanden.

7. Aandachtspunten op cliënteniveau (microniveau) en organisatieniveau (mesoniveau)

- Communicatie en interactie met alle (professionele) actoren uit de reële thuissituatie is essentieel.
- Vervoer van zwaar zorgafhankelijke patiënten kan fysiek erg belastend zijn en is kostelijk voor de betrokkenen.
- Adequate zorg en psycho-sociale begeleiding zijn belangrijke componenten van het aanbod voor deze patiëntenpopulatie.
- De arts maakt in essentie deel uit van de palliatieve verzorgings- en begeleidingsequipe van het dagcentrum. Is de (continue) aanwezigheid van een arts noodzakelijk (en financieel verantwoord) gezien de indicaties voor opname vooral op het psycho-sociale en begeleidingsniveau liggen en niet op het medisch-therapeutisch niveau van de pijn- en symptoomcontrole?

8. Aandachtspunten voor het beleid (macroniveau)

- Het is een tussentijdse evaluatie, bij de definitieve evaluatie zal uitgegaan worden van de jaarverslagen die einde juni 2004 moeten ingediend worden.
- De reële behoefte aan aparte dagcentra voor palliatieve patiënten wordt niet bevestigd door de eerste voorlopige resultaten. Mogelijk speelt de globale structuur van de thuiszorg (arts, verpleging, ...) in België hierin een belangrijke rol.
- De leeftijdskenmerken van de patiëntenpopulatie wijzen op een in hoofdzaak eerder oudere patiëntengroep.
- Het aanbieden van palliatieve zorg en psycho-sociale begeleiding is bedoeld om de kwaliteit van leven gedurende de (pre)terminale levensfase te optimaliseren. Aangezien dit in essentie raakt aan het "welzijn" van de betrokkenen is er voor dit type van dagcentra ook een taak weggelegd voor de Gemeenschappen die ter zake bevoegd zijn.

HOOFDSTUK 6 – AFSCHAFFING PERSOONLIJK AANDEEL (REMGELD) VOOR BEZOEK VAN DE HUISARTS BIJ EEN "PALLIATIEVE" PATIËNT - juli 2002

De maatregel tot afschaffing van het persoonlijk aandeel voor een bezoek van de huisarts bij een palliatieve patiënt is genomen in uitvoering van het "Beleidsplan palliatieve zorg" van 7 september 2000 van de toenmalige ministers Magda Aelvoet (Volksgezondheid) en Frank Vandenbroucke (Sociale Zaken).

Het is essentieel dat de palliatieve zorgcultuur stapsgewijze geïntegreerd wordt in het bestaande professionele zorgverleningsaanbod en meer in het bijzonder in de eerste-lijns-zorg die instaat voor de opvang van patiënten die thuis willen sterven.

De huisarts heeft een specifieke verantwoordelijkheid op medisch vlak maar is tegelijkertijd ook zorgcoördinator, communicator en sleutelfiguur binnen het palliatief zorgproces op eerste-lijn-niveau dat verloopt in nauwe samenwerking met thuisverpleegkundigen, kinesisten, maar bijvoorbeeld ook gezinszorg.

De voorziene kostprijs hiervan bedraagt 2.478.935 EUR (100 mln. BEF).

1. Doelstelling – doelgroep

Teneinde de palliatieve zorgcultuur in de thuissituatie te bevorderen én van de thuiszorg een reëel alternatief te maken voor ziekenhuis- of instellingszorg, is het belangrijk erover te waken dat de kostprijs voor de (meer intensieve) palliatieve verzorging thuis onder controle is.

Eén van de maatregelen om de kost voor de gebruiker onder controle te houden, is de afschaffing van het persoonlijk aandeel voor bezoek van de huisarts bij de palliatieve patiënt.

Niettegenstaande het persoonlijk aandeel voor een huisbezoek opgenomen wordt in de teller van de maximumfactuur (MAF) én dus meetelt voor de berekening van het maximum plafond van kosten ten laste van de zorggebruiker, heeft niet elke palliatieve patiënt direct voordeel bij deze maatregel. De MAF treedt immers maar in werking van zodra een plafond van uitgaven overschreden is, in verhouding tot het gezinsinkomen.

De afschaffing van het remgeld voor bezoek van de huisarts heeft juist tot doel de ganse groep van palliatieve patiënten hiervan te vrijwaren.

De beoogde doelgroep zijn alle palliatieve patiënten die beantwoorden aan de **criteria** van het **koninklijk besluit van 2 december 1999** en die op basis van een verklaring van de huisarts het "**statuut**" van **palliatieve patiënt** verkregen hebben. Voor meer informatie over dit palliatief statuut wordt verwezen naar deel 1, hoofdstuk 2.

2. Omschrijving van de maatregel

Bij middel van het koninklijk besluit van 19 juni 2002 (Belgisch Staatsblad van 27 juni 2002) wordt in artikel 2 van de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen¹ een **reeks van specifieke nomenclatuurnummers** opgenomen die uitsluitend betrekking hebben op het bezoek van de erkende huisarts (of een algemeen geneeskundige met verworven rechten) thuis bij een palliatieve patiënt. Volgende nomenclatuurnummers zijn ingevoerd als honorarium voor "palliatief huisbezoek": 104370, 104392, 104414, 104436, 104451, 104672, 104694, 104716, 104731 en 104753.

¹ 14 september 1984 – Koninklijk besluit tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De invoering van deze nieuwe nomenclaturnummers wordt onmiddellijk gevolgd door een tweede koninklijk besluit van 19 juni 2002 (BS 27 juni 2002) tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 maart 1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbende (...). Dit besluit bepaalt dat “**geen enkele palliatieve patiënt een persoonlijk aandeel verschuldigd is** voor de verstrekkingen ... “ waarvan sprake is in de alinea hierboven.

Deze maatregel is **in werking getreden op 1 juli 2002**.

3. Aanvraagprocedure

Er is geen specifieke aanvraagprocedure voorzien.

Deze specifieke nomenclaturnummers mogen aangerekend worden bij elke patiënt die het statuut van palliatieve patiënt gekregen heeft conform de voorwaarden opgesomd in artikel 3 van het koninklijk besluit van 2 december 1999.

4. Evaluatie budgettaire uitgave (financieel perspectief)

Budget

Bij de voorbereiding van de maatregel in 2000 werd de extra kostprijs geraamd op 2.478.935 EUR (100 mln. BEF).

Tabel 16 : Uitgaven voor bezoek van huisarts bij palliatieve patiënten

Bezoek huisarts - codes voor “palliatieve” patiënten	2002	2003
Uitgaven (in EUR)	499.300	1.868.693
Aantal gevallen	22.889	79.697

Bron : RIZIV – Dienst voor geneeskundige verzorging - actuariaat

5. Evaluatie globaal: analyse en cijfergegevens

Analyse van cijfergegevens (na rondvraag bij verzekeringsinstellingen) over het gebruik in 2003 van specifieke codes voor een bezoek aan huis bij de groep van palliatieve patiënten die beantwoorden aan de criteria van het koninklijk besluit van 2 december 1999 geeft volgend resultaat :

5.1. Gebruik van specifieke nomenclaturnummers

Bij opsplitsing van de aangerekende nomenclatuurcodes in palliatieve (specifieke codes) en niet-palliatieve codes (algemene codes) blijkt dat slechts in 55% van de gevallen een specifieke palliatieve code geattesteerd wordt. In 45% van de gevallen worden de gewone codes voor huisbezoek aangerekend.

Voor meer info zie grafiek 15 in bijlage p. 82.

De palliatieve codes vertegenwoordigen slechts 38% van het totaal aantal huisbezoeken bij palliatieve patiënten behorend tot de doelgroep van patiënten met palliatief statuut. In de overige 62% van de gevallen worden de niet-palliatieve codes voor huisbezoeken aangerekend.

Er moet wel rekening gehouden worden met het feit dat :

- Bij eenzelfde patiënt in de loop van het jaar gemiddeld drie verschillende codes geattesteerd kunnen worden.
- Verschillende artsen kunnen eventueel tussenkomen tijdens het palliatief ziekteproces.
- Er kunnen ook verschillende pathologische situaties optreden in de loop van een jaar, niet alle huisbezoeken hebben noodzakelijkerwijs betrekking op de periode van palliatieve zorg.

- 5.2. Overzicht van de betrokkenheid van het artsenkorps bij het palliatieve zorgproces. In 2003 heeft bijna 30% van de artsen slechts één keer een bezoek of raadpleging bij een palliatieve patiënt geattesteerd. Ongeveer 8% van alle artsen heeft tweemaal een bezoek afgelegd en ruim 5% heeft driemaal een bezoek bij een palliatieve patiënt aangerekend. Bijna 1% van de artsen heeft circa 25 huisbezoeken geattesteerd. Minder dan 1% van de artsen heeft méér dan 25 huisbezoeken bij een palliatieve patiënt aangerekend. Voor meer info zie grafiek 13 in bijlage p. 80.

De cumulatieve frequentietabel per klasse van 5 raadplegingen toont dat ruim 50% van de artsen 1 tot 5 huisbezoeken bij palliatieve patiënten verrichten.

Ongeveer 78% van de artsen attesteert tussen de 1 en 15 huisbezoeken bij een palliatieve patiënt. Rekening houdend met de beperkte overlevingstermijn van minder dan 3 maanden (cf. KB 2 december 1999) komt dit grosso modo overeen met één huisbezoek per week.

Slechts 10% van het artsenkorps verricht meer dan 1 à 25 huisbezoeken bij palliatieve patiënten.

Voor meer info zie grafiek 14 in bijlage p. 81.

6. Reflecties vanuit de sector

- Het artsenkorps is globaal gezien onvoldoende op de hoogte van de introductie, medio 2002, van specifieke nomenclatuurcodes voor huisbezoek bij palliatieve patiënten.
- Er is destijds geen officieel rondschrijven gedaan om deze maatregel te verduidelijken en het belang ervan voor een kleine doelgroep van palliatieve patiënten toe te lichten.
- De grote meerderheid van de artsen wordt slechts sporadisch geconfronteerd met de verzorging van de palliatieve patiënten in de thuissituatie.

7. Aandachtspunten op cliëntenniveau (microniveau) en organisatieniveau (mesoniveau)

- Bij maar ruim éénderde van de doelgroep van palliatieve patiënten wordt effectief gebruik gemaakt van de specifieke palliatieve codes voor huisbezoeken. De afschaffing van het remgeld voor huisbezoek heeft bijgevolg haar doelstelling niet bereikt. In bijna tweederde van de gevallen worden gewone codes voor huisbezoek geattesteerd en is er dus géén sprake van het “automatisch” wegvallen van het remgeld voor de rechthebbende.
- Het invoeren van nieuwe maatregelen moet bij voorkeur gepaard gaan met een initiatief tot directe en indirecte communicatie van de genomen beslissing naar de betrokken groep van professionelen.

8. Aandachtspunten voor het beleid (macroniveau)

De maatregel wordt onvoldoende toegepast op het terrein. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de maatregel onvoldoende gekend is door de betrokken zorgverleners. De huisartsen zijn zich te weinig bewust van het belang van de specifieke codes voor de palliatieve patiënt. De essentie is immers het automatisch wegvallen van het remgeld dat volledig gekoppeld is aan de nieuw ingevoerde codes voor huisbezoek bij palliatieve patiënten.

DEEL 2 – DOELSTELLING “EVALUATIE VAN HET STATUUT VAN DE PALLIATIEVE PATIËNT”

Een belangrijk deel van de maatregelen voor palliatieve patiënten is opgehangen aan de definitie van het **koninklijk besluit van 2 december 1999**. Zoals bijvoorbeeld de verpleegkundige thuiszorg, de afschaffing van het persoonlijk aandeel voor thuisbezoek van de huisarts, ...

Het **artikel 3** van bovenvermeld besluit is zodoende gepromoveerd tot een bepaling die het "**statuut van de palliatieve patiënt**" bevat, terwijl het koninklijk besluit van 2 december 1999 eigenlijk beperkte doelstellingen had. Dit is op zich al een voldoende reden om het "statuut" van naderbij te bekijken en te bevragen mede vanuit de ervaringen en vaststellingen vanuit de sectoren die het aanwenden in hun regelgeving.

De bevraging kan gebeuren vertrekkend vanuit drie cruciale onderdelen van definitie. Het moet met name gaan om patiënten :

- die terminaal ziek zijn;
- die zwaar zorgbehoevend zijn;
- die thuis willen sterven.

1. Terminaal zieke patiënten

De toepassing van deze voorwaarde lijkt niet echt problemen op te leveren. Wel is het zo dat over de **periode** waarvoor de patiënt als terminaal kan worden beschouwd, de regelgeving niet eenduidig is, zonder dat dit a-priori op alle vlakken als problematisch moet worden beschouwd.

In artikel 3 van het koninklijk besluit van 2 december 1999 wordt gesteld dat het overlijden op relatief korte termijn wordt verwacht: er wordt gewag gemaakt van een levensduur van meer dan 24 uur en minder dan drie maand. Het palliatief forfait kan twee keer worden toegekend zodat men kan stellen dat het betrekking heeft op twee maal dertig dagen.

In de andere regelgevingen die werden uitgebouwd voor de palliatieve patiënten werden geen specifieke tijdsbepalingen ingebouwd. Blijkbaar wordt er vanuit gegaan dat, eens het statuut bekomen is, het blijft gelden tot de patiënt overleden is. Wellicht is dit de enige mogelijkheid om het statuut op een praktische manier toe te passen. Meteen rijst dan de vraag of de periode waarvoor het palliatief forfait wordt toegekend (twee maal een maand) niet moet herbekeken worden.

2. Zwaar zorgbehoevende patiënten

Van bij het begin van het uittekenen van de voorwaarden voor het palliatief forfait werd ervan uitgegaan dat het systeem bedoeld was voor patiënten die veel en zware zorg behoeven. Dat blijkt uit het verstrekkingenpakket dat door het forfait gedekt wordt.

De optie om bij het begin vooral aandacht te schenken aan de zwaar zorgbehoevende palliatieve patiënten is zeker verdedigbaar, al was het maar om budgettaire redenen.

De vraag die na vier jaar toepassing van de forfait-regeling kan worden gesteld, is of er buiten de zwaar zorgbehoevende patiënten nog andere palliatieve patiënten zijn, die eveneens terminaal zijn, maar minder zorg of minder zware zorg nodig hebben. De vraag kan nog anders worden geformuleerd: vormen de voorwaarden voor het palliatief forfait al of niet een te hoge drempel waardoor minder zwaar zorgbehoevende patiënten die toch palliatief zijn niet bereikt worden door de GVVU-maatregelen ?

3. Thuispatiënten

De notie "thuis" is tot nu toe steeds strict opgevat en toegepast. Ook deze restrictie was en is ingegeven door budgettaire overwegingen. De ervaring leert evenwel dat palliatieve patiënten, vaak voor een deel van de tijd, opgevangen worden op plaatsen buiten de stricte thuissituatie, soms ook in structuren waarvoor helemaal geen tussenkomst is van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging. Wellicht dient te worden nagegaan in welke andere gevallen dan de thuissituatie sensu stricto het palliatief forfait en dus ook het palliatief statuut kan worden toegekend.

Besluit

Uit bovenstaande overwegingen blijkt dat er, gezien vanuit de drie dimensies die het palliatief statuut van de patiënt bepalen, voldoende argumenten zijn om een grondige reflectie over de kenmerken van dit palliatief statuut op gang te brengen.

DEEL 3 – DOELSTELLING “ANALYSE VAN DE NOODZAAK OF WENSELIJKHEID VAN BIJKOMENDE VERGOEDING VOOR KINESITHERAPIEVERSTREKKINGEN”

Om een antwoord te kunnen geven op deze vraag is in overleg met kine-experten, de betrokken dossierverantwoordelijken en de projectteamleden gezocht naar een consensus. Bij de behoefteanalyse wordt enerzijds het standpunt van de kine-verstreckers vermeld. Anderzijds wordt gekeken naar de medico-psycho-sociale noodzaak van kine-zorg aan de palliatieve patiënt.

Na analyse van cijfermateriaal afkomstig van verzekeringinstellingen en een korte beschrijving van de huidige reglementering worden twee mogelijke opties tot wijziging van de reglementering vermeld.

1. Behoeftte op het terrein – Reflecties vanuit de Riziv-organen

- De behoefte aan een bijkomende vergoeding of regeling inzake kine-zorg aan palliatieve patiënten werd enkele keren aangehaald door kinesitherapeuten in de Technische raad voor kinesitherapie en de Overeenkomstencommissie kinesitherapeuten-verzekeringinstellingen maar werd door hen nooit hoog op de agenda geplaatst. Blijkbaar volstond de huidige regeling of was een wijziging ervan geen prioriteit voor de deelnemende beroepsorganisaties en verzekeringinstellingen.
- Individuele leden hebben buiten de vergaderingen wel geopperd dat de huidige regelgeving onvoldoende ruimte laat voor de behandeling van palliatieve patiënten.
- De Overeenkomstencommissie heeft in haar vergadering van 8 juni 2004 beslist om deze problematiek op te nemen in de behoefteanalyse voor de sector voor het jaar 2005. Een concrete invulling is er nog niet.

2. Evidence based medicine - kinesitherapie

Er is onvoldoende EBM studiemateriaal voorhanden om informatie te verschaffen over de medische noodzaak en/of de outcome van kinesitherapie-behandeling in het kader van palliatieve zorg. Kinesitherapie-behandeling zal vooral tot doel hebben het comfort van de patiënt op fysisch en psychisch vlak te verhogen.

3. Het belang van kinesitherapie in de palliatieve zorgverlening

De (veronderstelde) voordelen van een multidisciplinaire aanpak in de sector van de palliatieve zorgverlening komt in de eerste plaats al tot uiting door de samenstelling van de personeelsequipes in de Sp-diensten voor palliatieve zorg, de multidisciplinaire begeleidingsequipes en de dagcentra voor palliatieve verzorging.

3.1. Oxford Textbook of Palliative Medicine ¹

Het belang van kinesitherapie bij palliatieve patiënten wordt er als volgt omschreven:

- “Physiotherapy aims to optimize the patient’s level of physical function and takes into consideration the interplay between the physical, psychological, social, and vocational domains of function.”
- “The focus of physiotherapy intervention is, instead, the physical and functional sequelae of the disease and/or its treatment on the patient. An additional and important role of physiotherapy is to enable patients to gain control over their situation.”

3.2. Beknopte literatuurstudie

Vanuit het patiëntenperspectief kan het belang van “comfortzorg” met onder andere kinesitherapie een rol spelen op de volgende vlakken :

¹ *Oxford Textbook of Palliative Medicine, physiotherapy, hoofdstuk 12.2, p. 819-828.*

- **Respiratoir :**
Dyspnoe is een vaak voorkomend symptoom dat angstwekkend kan overkomen bij de patiënt en zijn familie. Ademhalings- en relaxatietechnieken kunnen een gunstig effect teweegbrengen.
 Niet-pijnlijke respiratoire kinesitherapie kan, in combinatie met luchtbevochtiging, ook voorgesteld worden bij "**productieve hoest**".
 - Een "homecare team" uit **London** maakt melding van kortademigheid bij 43% van de patiënten (cf. Medline abstract).¹
 - Een "Medline search van publicaties van 1996 tot februari 1999", geeft aan dat dyspnoe voorkomt bij 21-78,6% van de patiënten met "gevorderde" kanker, en 10-63% van de dyspnoe kan als matig tot ernstig omschreven worden. De frequentie en de ernst van de dyspnoe nemen toe naarmate de ziekte vererget en/of het levenseinde nadert. Longkankerpatiënten met dyspnoe hebben een kortere overlevingstijd dan patiënten met andere types van kanker. Maar ook bij afwezigheid van long- of hartziekte kan dyspnoe een klinisch teken zijn van "cachexie en asthenie" of van "ernstige asthenie".²
- **Pijncontrole – palliatieve sedatie**
 Pijnmanagement valt in hoofdzaak onder de verantwoordelijkheid van het medisch palliatief support team en meer in het bijzonder van de pijnspecialist.
 De kinesitherapeut heeft in deze context slechts een accessoire rol te vervullen en kinesitherapie wordt aangewend als aanvulling bij de medicamenteuze therapie.
 Een Medline–abstract wijst erop dat niet-farmacologische maatregelen die de subjectieve en affectieve situatie van de patiënt beïnvloeden, de pijncontrole kunnen bevorderen.³

 De analgetische kinesitherapie-behandeling bestaat o.a. uit massage, relaxatie, ..., maar er is ook aandacht voor mobilisatie, anti-flebitis, ...
- **Autonomie**
 Teneinde het ontstaan en verergeren van asthenie tegen te gaan, is het streven naar zelfredzaamheid of het behoud van autonomie en participatie zeer belangrijk voor de palliatieve patiënt.
 Een te beperkte mobiliteit kan aanleiding geven tot een ommekeer in de ziekte-evolutie, zowel voor patiënt als familie, en een afhankelijkheidssituatie tot stand brengen.
 De kinesitherapeut kan in overleg met andere zorgverstrekkers zeker een gunstige bijdrage leveren om de zorgbehoefte van de palliatieve patiënt op dit vlak te verlichten.
- **Psychosociaal**
 Naast andere personen die instaan voor de mantelzorg zal ook elke zorgverlener die deel uitmaakt van het team van professionele zorgverleners, vanuit zijn rechtstreeks interpersoonlijk contact met de patiënt, een positieve bijdrage leveren op het psychosociaal vlak.
 De kinesitherapeut is hier van dichtbij bij betrokken omdat de fysieke handelingen die hij stelt tijdens het uitvoeren van de kinesitherapie nu eenmaal een intense en intieme omgang met de patiënt vereisen.

3.3. *Competentievereiste*

In principe is er **geen aanvullende bekwaming** inzake "palliatieve kinesitherapie" vereist. De algemene basisopleiding kinesitherapie geeft een ruime vorming omtrent de toe te passen behandeling.

¹ *Non-pharmacological management of breathlessness: a collaborative nurse-physiotherapist approach.* Bron: International Journal of Palliative Nursing, 9(4): 150-6, april 2003.

² *Management of dyspnea in advanced cancer patients.* Bron: Supportive Care in Cancer, 7(4): 223-43, juli 1999.

³ *Oncologic pain therapy. Are there alternatives to pills and high-tech?* Bron: MMV Fortschritte der Medizin, 141(42): 38-41, 21 oktober 1999.

Met het oog op de psychologische ondersteuning van zorgverlener én patiënt kan voorgesteld worden dat bij de aanvang van een “palliatieve-supportieve kinesitherapie-behandeling” een **overleg** plaatsvindt waarbij alle medische en paramedische zorgverleners betrokken zijn. De opportuniteit van een dergelijk overleg overstijgt trouwens de invalshoek van de kinesitherapeut.

Indien nodig kan de kinesitherapeut beroep doen op zogeheten “referentie-kinesitherapeuten”, met name de collegae werkzaam in bijvoorbeeld een Sp-dienst voor palliatieve zorg, om specifieke informatie te bekomen omtrent bepaalde problemen die zich voordoen.

4. **Huidige toepassing van kinesitherapie bij palliatieve patiënten**

Aan de hand van een rondvraag bij verzekeringsinstellingen is de doelgroep voor analyse van geattesteerde kine-zorg bij palliatieve patiënten samengesteld. Het betreft uitsluitend patiënten die beantwoorden aan de criteria van het koninklijk besluit van 2 december 1999 (en dus het palliatief forfait ontvangen hebben) én die in de loop van 2003 overleden zijn.

Analyse van cijfergegevens over het gebruik van kinesitherapie bij deze “palliatieve patiënten” geeft volgend resultaat:

- **In 2003 hebben 53% van de palliatieve patiënten kinesitherapie gekregen.** Zie ook grafiek 8 p 75.
Gemiddeld worden er per patiënt 32 zittingen geattesteerd. Maar uit grafiek 23 in bijlage p. 155 blijkt dat de drempels van 18 zittingen (voor courante aandoeningen) of van 60 zittingen (voor “F-lijst”-aandoeningen) - waarna de tegemoetkomingen voor de volgende grote zittingen verminderd worden - zelden worden overschreden.
- **Verdeling van de groep van palliatieve patiënten in functie van de plaats waar de kine-verstrekking gebeurt is.**

Tabel 17 : Plaats van kinesitherapieverstrekkingen in percentages

Plaats van verstrekking	Percentage
Rustoorden	1 %
Kabinet	12 %
Mindervaliden	0 %
Revalidatie	0 %
Thuis	23 %
Ziekenhuis	64 %

Bron : RIZIV – Dienst voor geneeskundige verzorging - actuariaat

Kinesitherapie bij palliatieve patiënten wordt in hoofdzaak (64%) verleend aan de gehospitaliseerde patiënten. Bij ongeveer een kwart van de patiënten gebeurt de kine-behandeling weliswaar aan huis. Kine-zorg thuis en in het kabinet van de kinesist vertegenwoordigen samen ongeveer een derde van het totaal.

- **Verdeling van de groep van palliatieve patiënten per tegemoetkomingscategorie C, E of F:**

Tabel 18 : Type van tegemoetkomingscategorie - kinesitherapie

Type van categorie	percentage
C = courante aandoeningen	67 %
E = aandoeningen E-lijst	20 %
F = aandoeningen F-lijst	12 %

Bron : RIZIV – Dienst voor geneeskundige verzorging - actuariaat

Ruim twee derden van de palliatieve patiënten die kinesitherapie krijgen, bevinden zich in de tegemoetkomingscategorie “courante aandoeningen”.

Slechts 20 % van die patiënten genieten van het verminderd persoonlijk aandeel via de zogenaamde “E-lijst”.

Een uitsplitsing van die gegevens per plaats van verstrekking gaat in bijlage p. 154, grafiek 22.

Hieruit blijkt dat in alle plaatsen van verstrekking de meeste patiënten zich in de “courante” tegemoetkomingscategorie bevinden, daarna gevolgd door de “E-lijst” en de “F-lijst”-categorie.

- Opmerkelijk is ook dat bij 40% van de doelgroep van palliatieve patiënten zowel kine- als verpleegkundige prestaties geattesteerd werden. Zie grafiek 8 p. 75.

Conclusie: uit bovenstaande analyse van cijfermateriaal met betrekking tot de consumptie van kine-zorg bij palliatieve patiënten (cf. het koninklijk besluit van 2 december 1999) blijkt dat :

- Bij meer dan de helft van palliatieve patiënten in het jaar van overlijden kine-zorg geattesteerd is.
- Het grootste aantal kine-verstrekkingen gebeurt bij gehospitaliseerde patiënten.
- De ambulante kine-zorg betreft in hoofdzaak “courante” aandoeningen.
- In verhouding is er bij deze patiënten een kleiner aantal kine-prestaties voor E-lijst of F-lijst aandoeningen.

5. Huidige regeling inzake tegemoetkomingen voor kinesitherapieverstrekkingen

Behalve voor de patiënten die genieten van de vermindering van het persoonlijk aandeel (die zich in een pathologische situatie bevinden uit de lijst van zware aandoeningen, de zogeheten “E-lijst”) wordt de tegemoetkoming voor een kinesitherapiebehandeling sterk verminderd na een beperkt aantal sessies. Het betreft met name 18 zittingen voor de “courante” pathologische situaties en 60 voor de pathologische situaties van de “F-lijst”. Voor die verstrekkingen “18+” en “60+” mag de geconventioneerde kinesitherapeut een vrij maar geplafonneerd honorarium vragen.

Voor de patiënten die genieten van de vermindering van het persoonlijk aandeel en in enkele bijzondere acute situaties kunnen er 2 verstrekkingen per dag worden aangerekend, in de andere gevallen slechts 1.

Het persoonlijk aandeel voor kine-verstrekkingen ≤ 18 of ≤ 60 zittingen (bij een geconventioneerde kinesist) ligt relatief hoog: in principe tussen 20% en 8,6% voor voorkeursgerechtigden en 40% en 21,8% voor de niet-voorkeursgerechtigden.

De **reële kost voor de palliatieve patiënt** wordt verduidelijkt aan de hand van onderstaande tabel waarbij de prijzen inzake tegemoetkoming, persoonlijk aandeel en bedrag ten laste van de patiënt weergegeven worden.

Het betreft een **volledig FICTIEF VOORBEELD** voor een **rechthebbende zonder voorkeurtarief** en met prijzen (dd. 1 juli 2004) voor **courante aandoeningen**.

Voor een goed begrip van de **tabel** zijn volgende **opmerkingen** belangrijk :

De **slutletter waarde M24** wijst op een grote kine-verstrekking en **M13** slaat op een de grote zitting (“18+” en “60+”) met vrij maar geplaffoneerd honorarium.

Situatie 0: Het honorarium volgens de conventie bedraagt 17,33 EUR.

Volgens de conventie is er vanaf “18+” en “60+” zittingen een vrij maar geplafonneerd tarief (max. 17, 33 EUR).

Buiten de conventie zijn de tarieven volledig vrij.

Situatie 1: De kinesist vraagt het honorarium conform de conventie (17,33 EUR).

Situatie 2: De kinesist vraagt een lager honorarium (16,00 EUR).

Situatie 3: De kinesist vraagt een hoger honorarium (19,00 EUR). Zie (*).

Volgens de conventie is het honorarium geplafonneerd op 17,33 EUR. De geconventioneerde kinesist mag bijgevolg **nooit** 19 EUR aanrekenen.

De MAF wijst op het persoonlijk aandeel dat opgenomen wordt in de teller van de **maximumfactuur**. Voor kine-verstrekkingen geldt dat het bedrag van het persoonlijk aandeel overeenkomstig een prestatie M24 in aanmerking komt voor de MAF.

Het totale bedrag ten laste van de patiënt kan opgesplitst worden in het persoonlijk aandeel (dat meetelt voor de MAF) enerzijds en een netto-verschil dat zuiver ten laste van de rechthebbende is.

Uit de tabel blijkt onder meer dat :

- Voor de eerste 18 kiné-sessies voor courante aandoeningen (prestaties M24) het saldo (netto-verschil) ten laste van de patiënt nul euro is indien de kinesist geconventioneerd is. Voor behandeling bij een niet-geconventioneerde kinesist bedraagt dit netto-verschil per zitting 2,81 EUR.
- Voor de zittingen 18+ is dit netto-verschil reeds 5,78 EUR per kine-sessie bij een geconventioneerde kinesist die het geplafonneerd maximum tarief (17,33 EUR) aanrekenent. Initieel betaalt de patiënt steeds het volledige bedrag dat hem ten laste gelegd wordt (11,84 EUR). Pas bij het overschrijden van het plafond van de maximumfactuur komt het onderdeel MAF te vervallen maar blijft het netto-verschil nog wel te betalen.
- Indien de geconventioneerde kinesist slechts 16 EUR zou aanrekenen, is dit netto-verschil voor de zittingen 18+ nog 4,45 EUR. Het totaalbedrag ten laste van de patiënt, inclusief het persoonlijk aandeel (6,06 EUR) dat in de MAF wordt opgenomen, bedraagt 10,51 EUR per kine-behandeling.

Tabel 19 : **FICTIEF voorbeeld** van de financiële kost ingevolge kine-behandeling voor een courante aandoening bij een rechthebbende zonder voorkeurtarief (prijzen 01/07/04).

	Prijzen op 01/07/04		Normale tegemoetkoming	
		Honorarium	Tegemoetkoming zorgverlener met overeenkomst	Tegemoetkoming zorgverlener zonder overeenkomst
situatie 0	M24	17,33	11,27	8,46
	Na 18 zittingen is het honorarium vrij maar geplafonneerd			
situatie 1	M13	17,33	5,49	4,22
situatie 2	M13	16	5,49	4,22
situatie 3	M13 (*)	19		4,22
situatie 0				
situatie 0	MAF	17,33	6,06	6,06
situatie 0	ten laste van de patiënt		6,06	8,87
situatie 0	netto verschil		0	2,81
situatie 1				
situatie 1	MAF	17,33	6,06	6,06
situatie 1	ten laste van de patiënt		11,84	13,11
situatie 1	netto verschil		5,78	7,05
situatie 2				
situatie 2	MAF	16	6,06	6,06
situatie 2	ten laste van de patiënt		10,51	11,78
situatie 2	netto verschil		4,45	5,72
situatie 3				
situatie 3	MAF		6,06	6,06
situatie 3	ten laste van de patiënt (*)	19		14,78
situatie 3	netto verschil			8,72

Bron : RIZIV – Dienst voor geneeskundige verzorging - actuaariaat

Samenvattend zijn er in het kader van de tegemoetkoming voor kinesitherapie-verstrekkingen **twee belangrijke aandachtspunten**:

- Niettegenstaande kine-verstrekkingen in aanmerking komen voor de maximumfactuur kunnen de bedragen ten laste van de patiënt snel oplopen.
- De beperking van het aantal aanrekenbare verstrekkingen per dag (inzake palliatieve patiënten is het niet duidelijk of en in hoeveel gevallen meerdere zittingen per dag nodig of wenselijk zijn).

6. Voorstellen tot wijziging van de regelgeving

Teneinde de financiële toegankelijkheid voor kine-zorg bij palliatieve patiënten te verbeteren, zijn verschillende types van maatregelen mogelijk.

Uitgaande van het huidige statuut van de palliatieve patiënt, zoals bepaald in het koninklijk besluit van 2 december 1999, worden 2 mogelijke voorstellen vermeld :

- **Vermindering of afschaffing van het persoonlijk aandeel voor kinesitherapieverstrekingen bij palliatieve patiënten** (koninklijk besluit van 23 maart 1982).
Dit bestaat reeds voor bezoek van de huisarts bij een palliatieve patiënt en in de thuisverpleging.
Om de bedragen ten laste van de patiënt effectief te beperken, is het wenselijk dat een oplossing gezocht wordt die zowel van toepassing is voor geconventioneerde als niet-geconventioneerde kinesisten.
- **Opname van kine-zorg in het palliatief forfait** (koninklijk besluit van 2 december 1999).
Via een uitbreiding van het palliatief forfait zou de meerkost in geval van palliatieve kinesitherapieverstrekingen deels gecompenseerd kunnen worden.

Een eventuele uitbreiding van de forfaitaire tegemoetkoming naar kine-zorg is wel niet direct uitvoerbaar omdat een wetwijziging noodzakelijk is.

7. Algemeen besluit

Het onderzoek naar de noodzaak of wenselijkheid van kine-zorg bij palliatieve patiënten is gebeurd vanuit verschillende invalshoeken:

- Reflecties vanuit Riziv-organen en overleg met experts ter zake;
- Raadpleging van het Oxford Textbook of Palliative Care;
- Analyse van literatuurgegevens inzake “evidence based medicine”;
- Aan de hand van cijfermateriaal van de verzekeringsinstellingen, een analyse van geattesteerde kine-prestaties (jaar 2003) bij patiënten die beantwoorden aan de criteria van het palliatief forfait.
- Analyse van de huidige regeling inzake tegemoetkomingen voor kine-verstrekingen.

Samenvattend kunnen volgende elementen weerhouden worden :

- Er zijn aanwijzingen voor een gunstig effect van kine-behandeling bij palliatieve patiënten. Dit effect situeert zich zowel op sommige aspecten van het medisch vlak (respiratoir – pijncontrole) als op het niveau van behoud van autonomie en het psycho-sociale vlak.
Uit de cijferanalyse van geattesteerde kine-prestaties (jaar 2003) blijkt dat :
 - Bij meer dan de helft van palliatieve patiënten in het jaar van overlijden kine-zorg geattesteerd is.
 - Het grootste aantal kine-verstrekingen gebeurt bij gehospitaliseerde patiënten.
 - De ambulante kine-zorg in hoofdzaak “courante” aandoeningen betreft. In verhouding is er een kleiner aantal kine-prestaties voor E-lijst of F-lijst aandoeningen.
- Conform de huidige toepassing van de nomenclatuur kinesitherapie kunnen de kosten ten laste van de patiënt snel oplopen (persoonlijk aandeel en eventueel netto-verschil).
De financiële toegankelijkheid tot kine-zorg voor de doelgroep van palliatieve patiënten is derhalve beperkt.
- Met het oog op de verbetering van de financiële toegankelijkheid tot kine-zorg voor deze relatief kleine doelgroep worden twee mogelijke opties tot wijziging van de regelgeving vermeld: de vermindering van het persoonlijk aandeel voor kine-verstrekingen of een globale tegemoetkoming voor kine-zorg via een uitbreiding van het palliatief forfait.

Onderzoek naar de noodzaak of wenselijkheid van kinesitherapie toont aan dat kiné een plaats heeft binnen de palliatieve zorgverlening. Teneinde de behoeften van de palliatieve patiënten zo goed mogelijk te vervullen, biedt de kinesist, in samenwerking met alle andere zorgverleners, een toegevoegde waarde aan het geheel van medische en paramedische zorgactiviteiten.

Maatregelen die het comfort van de patiënt verhogen en die helpen de pijn en andere hinderlijke symptomen te bestrijden zijn immers van essentieel belang voor deze doelgroep van patiënten.

DEEL 4 – DOELSTELLING “DAGCENTRA VOOR PALLIATIEVE PATIENTEN – INTEGRATIE IN DE SECTOR ROB-RVT ?”

Sinds begin 2002 zijn in het kader van een experimenteel project 10 specifieke dagcentra voor palliatieve verzorging opgestart. Dit is gebeurd in uitvoering van het “Beleidsplan palliatieve zorg” van 7 september 2000 van de toenmalige ministers Magda Aelvoet (Volksgezondheid) en Frank Vandembroucke (Sociale Zaken).

De voorziene looptijd van de experimentele fase bedraagt 3 jaar en de overeenkomsten lopen ten einde op 31 december 2004.

De doelstelling, doelgroep en de voorlopige conclusies omtrent de werking van deze palliatieve dagcentra zijn uitvoerig besproken in “deel 1, hoofdstuk 5” van dit rapport. Zoals hoger vermeld staat, moet elk centrum ten laatste op 30 juni 2004 een activiteitenverslag overmaken aan de Dienst voor geneeskundige verzorging. Dit verslag vormt de basis voor de eindevaluatie van de experimentele fase.

Met het oog op dit “project palliatieve zorg” is een tussentijdse evaluatie gebeurd van dit experiment. De resultaten hiervan zijn mee in overweging genomen bij het zoeken naar argumenten pro of contra het voortbestaan van aparte dagcentra voor palliatieve verzorging versus de integratie van dit concept van dagopvang voor palliatieve patiënten in structuren die ressorteren onder de sector ROB-RVT.

1. Analyse - bespreking

Verwijzing naar de meest relevante resultaten van de tussentijdse evaluatie van de Dagcentra voor palliatieve verzorging :

- **Patiëntenkarakteristieken**

De resultaten van een tussentijdse evaluatie van dagcentra voor palliatieve verzorging geven aan dat de gemiddelde **leeftijd** 64 jaar is en dat de mediane leeftijd 66 jaar is. Eén derde van de patiënten is jonger dan 60 jaar. Uit onderzoek naar de opnameindicatie (steekproef van 10 individuele patiëntendossiers) blijkt dat de **zorgafhankelijkheid** varieert van categorie O tot A, B of C.

- **Bezettingsgraad**

Gedurende de eerste twee jaren van de experimentele fase ligt de bezettingsgraad in alle dagcentra voor palliatieve verzorging ver onder de vooropgestelde minimale bezettingsgraad van 80%.

Ook in de **sector ROB-RVT** zijn er reeds tal van **Centra voor dagverzorging**. Deze centra zijn recentelijk opgestart (sinds 1 januari 2000) en werken vanuit een verplichte functionele band met een RVT. Een erkenning door de Gemeenschap/Gewest is vereist voor zowel de (federale) Centra voor dagverzorging (cf. art. 5 ziekenhuiswet), bestemd voor patiënten met zorgforfait type B of C, als voor de (regionale) **Dagverzorgingscentra**, bestemd voor alle patiënten die geen zorgforfait type B of C hebben

Teneinde de **verschillen en gelijkenissen** in doelstelling, doelgroep, personeelsbestand, financiering en werking aan te tonen **tussen de dagcentra voor palliatieve verzorging enerzijds en de (federale) centra voor dagverzorging anderzijds** is een grondige analyse gemaakt aan de hand van de overeenkomsten en de financieringsregels die van toepassing zijn voor beide types van dagopvang.

De **forfaitaire tegemoetkoming** van de ziekteverzekering varieert van **100 tot 150 EUR** (4.034 tot 6051 BEF) in de dagcentra voor palliatieve verzorging tot **27 EUR** (1.089 BEF) in de centra voor dagverzorging van de sector ROB-RVT.

Samenvattend kunnen volgende elementen weerhouden worden :

- Er is een **principeel verschil tussen beide centra op conceptueel vlak** :
In de centra voor dagverzorging van de sector ROB-RVT neemt de ziekteverzekering enkel de verzorgingskost ten laste. De overige kosten zijn volledig ten laste van de gebruiker.
In de dagcentra voor palliatieve verzorging neemt de ziekteverzekering, met uitzondering van de kost voor vervoer, maaltijd en drank, de volledige verblijfskost ten laste, inclusief animatie.
- **Personeelskader:**
In de dagcentra voor palliatieve verzorging is er in verhouding een hogere personeelsomkadering (2,8 VTE per 5 bedden, incl. artsen) en de multidisciplinariteit wordt sterker benadrukt. De in verhouding hogere personeelsomkadering hangt nauw samen met het experimenteel karakter van deze centra. Het betreft veelal hoger geschoold en dus duurder personeel.
In de centra voor dagverzorging is de personeelsnorm (1 VTE per 5 rechthebbenden, excl. artsen) vastgesteld op basis van overleg in de “interkabinetten werkgroep ouderenzorg”.
- **Doelgroep:**
De dagcentra voor palliatieve verzorging zijn specifiek bestemd voor de doelgroep van palliatieve patiënten, ervan uitgaande dat het “profiel” van palliatieve patiënten eigenlijk verschillend is van andere patiënten die een zelfde type van zorg nodig hebben. Het betreft patiënten met een eerder slechte algemene toestand (in principe afhankelijk van derden voor ADL, maar geen precieze criteria ter zake) en een resterende levensverwachting van maximum 6 maanden.
De centra voor dagverzorging zijn bestemd voor zwaar zorgafhankelijke patiënten, cf. forfait B of C voor verzorging, en palliatieve patiënten zijn niet uitgesloten. Er is geen leeftijdsgebonden criterium.

De resultaten van deze (poging tot) vergelijking zijn ter informatie samengebracht in een tabel. Zie bijlage 14 p. 156.

2. Groot-Brittanië – België: vergelijking globaal professioneel aanbod in de thuiszorg

De dagcentra voor palliatieve verzorging kennen reeds jarenlang een zeer groot succes in Groot-Brittanië. De eerste voorlopige conclusies van de experimentele fase van dagcentra voor palliatieve verzorging in België lijken dit niet te bevestigen.

Ongetwijfeld spelen externe factoren een rol, zoals het “leerproces” dat gepaard gaat met elke verandering of nieuwe ontwikkeling.

Aan de andere kant mag niet uit het oog verloren worden dat het aanbod van de professionele thuiszorg in België rijkelijk uitgebouwd is en zeer goed gestructureerd is. Een compleet multidisciplinair aanbod van zorgverleners staat continu ter beschikking van de terminaal zieke en zorgbehoevende patiënten. Dit is in tegenstelling met de situatie in Groot-Brittanië waar het thuiszorgaanbod maar zwak uitgebouwd is en bijgevolg niet naar behoren kan functioneren.

3. Voorstel tot integratie - samenvatting

Om palliatieve dagopvang toegankelijk te maken voor een relatief kleine doelgroep van terminaal zieke en zwaar zorgbehoevende patiënten kunnen a priori volgende elementen weerhouden worden :

- **Doelgroepgerichte aanpak**
De palliatieve patiënten zijn, binnen de huidige context van de centra voor dagverzorging van de sector ROB-RVT, niet uitgesloten. Toch is er een zeker aarzeling om de palliatieve patiënten hier onder te brengen voor dagopvang omdat zij een verschillende zorgbehoefte hebben dan andere zorgbehoevende bejaarden. Vooral de vrees van herhaaldelijk contact met “dementerende” bejaarden die in dezelfde voorzieningen opgevangen worden, speelt hierbij een belangrijke rol.

In de toekomst zullen de bestaande centra voor dagopvang meer en meer een doelgroepgericht beleid moeten voeren teneinde tegemoet te komen aan de specifieke noden van bijvoorbeeld nog redelijk “gezonde” bejaarde patiënten versus “demente” bejaarden. De palliatieve patiënt kan via een doelgroepgericht beleid beroep doen op een specifieke aanpak. Naargelang de eigen interesse of de specifieke lokale situatie kunnen bepaalde centra voor dagverzorging van de sector ROB-RVT zich gaan oriënteren naar bepaalde patiëntendoelgroepen.

- **Geografische spreiding**

De overbrenging van terminaal zieke en zwaar zorgafhankelijke patiënten naar structuren voor dagopvang moet in optimale omstandigheden kunnen verlopen. Het vervoer moet beperkt zijn in de tijd en mag geen oorzaak zijn van langdurig fysiek ongemak. Mede daarom is een goede geografische spreiding van initiatieven voor dagopvang noodzakelijk.

De ontwikkeling en integratie van de sector ROB-RVT is weliswaar nog niet helemaal afgerond. Maar nu reeds is duidelijk dat de geografische bereikbaarheid van aangepaste structuren voor dagopvang een belangrijk kenmerk is voor deze sector.

- **Lokale verankering**

De lokale verankering in de eigen woonomgeving van de palliatieve patiënt en zijn familie biedt voordelen op praktisch organisatorisch niveau maar ook op het psycho-sociale en emotionele vlak. De thuiszorg voor palliatieve patiënten, inclusief dagopvang, vereist een goede samenwerking, communicatie en informatie-uitwisseling tussen professionele zorgverleners enerzijds en familie en mantelzorgers, eventueel bijgestaan door andere vrijwilligers, anderzijds.

De lokale verankering, die een feit is in de sector ROB-RVT, biedt in samenhang met de geografische toegankelijkheid een meerwaarde voor het welslagen van initiatieven voor dagopvang.

Ook inzake vrijwilligerswerk en animatie is de bereikbaarheid en beschikbaarheid op het lokale vlak een belangrijke troef.

- **Toegankelijkheid**

Ten eerste is aangetoond dat er markante verschillen zijn inzake de financiële tegemoetkoming van de ziekteverzekering voor opvang en verzorging in dagcentra (sector revalidatie versus sector ROB-RVT).

Ten tweede blijkt dat de palliatieve patiënten in hoofdzaak tot de oudere leeftijdsgroepen behoren.

Ten derde mag niet vergeten worden dat de oudere leeftijdsgroepen bijna exponentieel zullen toenemen de komende jaren.

Een grondige discussie en evaluatie van de duidelijke verschillen in financiële kosten voor de betrokken patiënten is aangewezen.

- **Parallele structuren vermijden**

Teneinde een geïntegreerd en samenhangend zorgaanbod te verzekeren is het :

- Niet noodzakelijk van parallelle structuren te ontwikkelen ;
- Het is eerder aangewezen van binnen dezelfde structuren te werken via een doelgroepgericht en vraaggestuurd beleid.

Tenslotte mag niet vergeten worden dat ook de Gemeenschappen/Gewesten een eigen verantwoordelijkheid dragen ten aanzien van de zorg voor palliatieve patiënten. Via de klassieke werking van de sector ROB-RVT worden de regionale overheden er rechtstreeks bij betrokken.

DEEL 5 – “OVERZICHT VAN DE GELDENDE REGLEMENTERING VOOR PALLIATIEVE VERZORGING”

HOOFDSTUK 1 – MULTIDISCIPLINAIRE BEGELEIDINGSEQUIPE

1. Wettelijke basis

Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994:

- **Artikel 34, 21°**, waarin staat dat de geneeskundige verstrekkingen zowel de preventieve als de curatieve verzorging betreffen en de palliatieve verzorging verleend door een multidisciplinaire begeleidingsequipe omvatten.
- **Artikel 22, 6° ter**, waarin staat dat het Verzekeringscomité, op voorstel van het College van geneesheren-directeurs, de in artikel 23, § 3bis bedoelde overeenkomsten sluit met de multidisciplinaire begeleidingsequipes bedoeld in artikel 34, 21°.
- **Artikel 23, § 3 bis**, waarin staat dat het College van geneesheren-directeurs met de **multidisciplinaire** begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging, bedoeld in artikel 34, 21°, van dezelfde wet, ontwerpen van met hen te sluiten overeenkomsten opmaakt en ze daartoe voorlegt aan het Verzekeringscomité. De ontwerpen van deze overeenkomsten worden eveneens meegedeeld aan de Commissie voor begrotingscontrole.
De Koning bepaalt, op gezamenlijke voordracht van de Ministers die respectievelijk Sociale Zaken en Volksgezondheid onder hun bevoegdheid hebben en op voorstel of na advies van het College van geneesheren-directeurs, de minimale criteria waaraan deze overeenkomsten moeten voldoen.
- **Artikel 37, § 14 quater**, waarin staat dat voor de in artikel 34, 21° bedoelde verstrekkingen de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging wordt bepaald op 100 pct. van de honoraria en prijzen vastgesteld door de in artikel 22, 6°ter bedoelde overeenkomsten.

2. Reglementaire basis

2.1. Koninklijk besluit van 13 oktober 1996 tot bepaling van de minimale criteria waaraan de overeenkomsten tussen de multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging en het Verzekeringscomité ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering moeten voldoen.

- B.S. : 04.11.1998
- Inwerkingtreding: 04.11.1998
- Inhoud:
Vaststelling van de minimale criteria voor:
 - de samenstelling van de equipen;
 - de opdrachten van de equipen;
 - de werkingsvoorwaarden van de equipen;
 - het minimum aantal patiënten dat de equipen moeten hebben gevolgd vóór de overeenkomsten inwerking treden.

2.2. Koninklijk besluit van 19 juni 1997 houdende vaststelling van de normen waaraan een samenwerkingsverband inzake palliatieve zorg moet voldoen om te worden erkend.

- B.S. : 28.06.1997
- Inwerkingtreding: 08.07.1997
- Inhoud:
 - Activiteiten waarvan de ontwikkeling bestemd is te worden bevorderd;
 - Gedekt geografisch gebied;
 - Apart beheer;
 - Leden van het samenwerkingsverband;
 - Bestaan van een schriftelijke overeenkomst en de materies die door die overeenkomst worden geregeld;
 - Bestaan van een comité en opdracht van dat comité;
 - Personeelsleden;
 - Bestaan van een ondersteuningstequipe en voorwaarden (samenstelling van die equipe, infrastructuur).

3. Conventionele basis

Overeenkomst tussen het Verzekeringscomité voor geneeskundige verzorging en de VZW XXX in naam van zijn multidisciplinaire begeleidingstequipe voor palliatieve verzorging.

HOOFDSTUK 2 – FORFAITAIRE TEGEMOETKOMING TOEGEKEND AAN PALLIATIEVE PATIENTEN THUIS

1. Wettelijke basis

Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994:

- **Artikel 34, 14°**, waarin staat dat de geneeskundige verstrekkingen de materialen en de verzorgingsproducten omvatten voor de verzorging **ten huize van** rechthebbenden die lijden aan een zware aandoening of van rechthebbenden die palliatieve verzorging ten huize behoeven.
- **Artikel 37, § 20**, waarin staat dat de Koning, na advies van het Verzekeringscomité, de tegemoetkoming van de **verzekering** voor geneeskundige verzorging voor de in artikel 34, 14° bedoelde verstrekkingen vaststelt, alsmede de voorwaarden van terugbetaling. Hij kan bepalen dat die tegemoetkoming wordt toegekend onder de vorm van een forfaitair bedrag of van een maximumbedrag voor een periode die Hij bepaalt.

2. Reglementaire basis

Koninklijk besluit van 2 december 1999 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor geneesmiddelen, verzorgingsmiddelen en hulpmiddelen voor palliatieve thuispatiënten, bedoeld in artikel 34, 14°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

- B.S. : 30.12.1999
- Inwerkingtreding: 01.01.2000
- Inhoud:
 - Definitie van de geneesmiddelen, verzorgingsmiddelen en hulpmiddelen in de zin van het huidige besluit;
 - Vaststelling van de forfaitaire tegemoetkoming (19.500 BEF);
 - Definitie van de "palliatieve thuispatiënt";
 - Noodzaak van het medisch advies van de huisarts (cf. formulier gevoegd bij het besluit);
 - Periode gedekt door de forfaitaire tegemoetkoming (30 dagen, éénmaal hernieuwbaar).

HOOFDSTUK 3 – VERPLEEGKUNDIGE THUISVERZORGING

1. Wettelijke basis

Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994:

- **Artikel 37, § 1**, waarin staat dat voor de in artikel 34, eerste lid, 1° bedoelde hulp (dwz de courante verzorging) de verzekeringstegemoetkoming wordt vastgesteld op 75 pct. van de overeenkomstenhonoraria.

2. Reglementaire basis

2.1. *Koninklijk besluit van 12 september 2001 tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 maart 1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen (zie hierna hoofdstuk 7)*

- B.S. : 29.09.2001
- Inwerkingtreding: 01.10.2001
- Inhoud:
De "palliatieve patiënt" is geen persoonlijk aandeel verschuldigd voor de verstrekkingen van artikel 8 van de nomenclatuur (verpleegkundige verzorging).

2.2. *Koninklijk besluit van 12 september 2001 tot wijziging van het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen*

- B.S. : 29.09.2001
- Inwerkingtreding: 01.10.2001
- Inhoud:
Invoering van nieuwe verstrekkingen tot dekking van de forfaitaire en supplementaire honoraria per verzorgingsdag voor het geheel van de bij een palliatieve patiënt uitgevoerde verpleegkundige verzorging (gedurende de week, weekends en feestdagen).
Voor de forfaitaire honoraria werden er preciseringen aangebracht.

2.3. *Verordening van 11 juni 2001 tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen*

- B.S. : 29.09.2001
- Inwerkingtreding: 01.10.2001
- Inhoud:
Het formulier tot kennisgeving van verpleegkundige verzorging bij een palliatieve patiënt (bijlage 6 van de verordening houdende uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994).

HOOFDSTUK 4 – RUST- EN VERZORGINGSTEHUIZEN – RUSTOORDEN VOOR BEJAARDEN

1. Wettelijke basis

Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994:

- **Artikel 37, 12°**, waarin staat dat de Minister, op voorstel van het Verzekeringscomité, de **tegemoetkoming** vaststelt voor de in artikel 34, 11°, 12° en 13°, bedoelde verstrekkingen, alsmede de voorwaarden voor die tegemoetkoming.

2. Reglementaire basis

Ministerieel besluit van 6 november 2003 tot vaststelling van het bedrag en de voorwaarden voor de toekenning van de tegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 12, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, in de rust- en verzorgingstehuizen en in de rustoorden voor bejaarden.

- B.S. : 26.11.2003
- Inwerkingtreding:
 - 01.09.2003 (artikelen 22 tot 26, 32, 33, 35 en 45)
 - 01.01.04 (andere artikelen)
- Inhoud:

Dit besluit dat het ministerieel besluit van 22 november 2001 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, bestemd voor de financiering van de opleiding en van de sensibilisering van het personeel voor de palliatieve verzorging in de rust- en verzorgingstehuizen en in de rustoorden voor bejaarden, herroept, heeft zijn toepassingsgebied *ratione personae* uitgebreid omdat het niet meer uitsluitend op de palliatieve patiënten van toepassing is. Sommige bepalingen beogen die patiënten echter in het bijzonder. Het gaat om de artikelen 22 tot 26 aangaande de financiering van de palliatieve functie:

 - De tegemoetkoming van de verzekering wordt vastgesteld op 0,27 EUR per dag en per opgenomen patiënt die is gerangschikt in de afhankelijkheidscategorieën B of C, bedoeld in de artikelen 148 en 150 van voormeld koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, om een continue opleiding van het personeel te organiseren.
 - Vaststelling van de voorwaarden waarvan die tegemoetkoming afhankelijk is.

HOOFDSTUK 5 – DE DAGCENTRA VOOR PALLIATIEVE VERZORGING

1. Wettelijke basis

Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994:

- **Artikel 22, 6°**, waarin staat dat het Verzekeringscomité, op **voorstel** van het College van geneesheren-directeurs, met de revalidatie en herscholingsinrichtingen en met de medisch-pediatrie centra, de in artikel 23, § 3, bedoelde overeenkomsten sluit.
- **Artikel 23, § 3**, waarin staat dat het College van geneesheren-directeurs met de revalidatie- en herscholingsinrichtingen en de medisch-pediatrie centra voor kinderen getroffen door een chronische ziekte ontwerpen van met hen te sluiten overeenkomsten opmaakt en ze daartoe voorlegt aan het Verzekeringscomité.

De ontwerpen van de revalidatie-overeenkomsten en de ontwerpen van de overeenkomsten afgesloten met de medisch-pediatrie centra worden eveneens medegedeeld aan de Commissie voor begrotingscontrole. De Commissie deelt aan de Algemene raad en aan het Verzekeringscomité haar advies mee voor alle nieuwe overeenkomsten boven het bedrag en voor alle wijzigingen boven het percentage bedoeld in artikel 16, § 1, 11° (d.w.z. het bedrag en het percentage dat is vastgesteld door de Algemene raad).

2. Reglementaire basis

Overeenkomst tussen het Verzekeringscomité van de geneeskundige verzorging en (naam van de organiserende macht) (in naam van zijn dagcentrum voor palliatieve verzorging).

HOOFDSTUK 6 – AFSCHAFFING VAN DE PERSOONLIJKE BIJDRAGE VAN DE PALLIATIEVE PATIENT

1. Wettelijke basis

Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994:

- **Artikel 37, § 16 ter**, waarin staat dat De Koning, bij een in Ministerraad overlegd besluit, onder de voorwaarden die Hij bepaalt, het persoonlijk aandeel betreffende de geneeskundige verstrekkingen die worden verleend aan rechthebbenden die palliatieve verzorging behoeven volledig of gedeeltelijk kan afschaffen.

2. Reglementaire basis

Koninklijk besluit van 23 maart 1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen, gewijzigd door:

2.1. *Het koninklijk besluit van 12 september 2001 (zie hierboven hoofdstuk 3)*

- B.S. : 29.09.2001
- Inwerkingtreding: 01.10.2001
- Inhoud:
Invoeging van een artikel 7 octies waarin staat dat geen enkele “palliatieve patiënt” een persoonlijk aandeel verschuldigd is voor de verstrekkingen van artikel 8 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984, en definitie van de “palliatieve patiënt”.

De verstrekkingen bedoeld in artikel 8 van de bijlage van het koninklijk besluit tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, betreffen de “Verzorging verleend door gegradueerde verpleegkundigen of hiermee gelijkgestelden, vroedvrouwen, verpleegkundigen met brevet, verpleegassistenten/ziekenhuisassistenten of hiermee gelijkgestelden”.

Sommige van die verstrekkingen zijn exclusief voorbehouden aan palliatieve patiënten:

- *Art. 8, § 1, 1° : Verstrekkingen verleend in de woon- of verblijfplaats van de rechthebbende:*
 - IV : Forfaitaire honoraria per verzorgingsdag voor palliatieve patiënten (427011 – 427055 – 427055 – 427173) ;
 - V : Supplementair honorarium per verzorgingsdag voor palliatieve patiënten (427070).
- *Art. 8, § 1, 2° : Verstrekkingen verleend in de woon- of verblijfplaats van de rechthebbende tijdens het weekeind of op een feestdag :*
 - IV : Forfaitaire honoraria per verzorgingsdag voor palliatieve patiënten (427092 – 427114 – 427136 – 427195);
 - Art. 8, § 1, 1°, V : Supplementair honorarium per verzorgingsdag voor palliatieve patiënten (427151).

2.2. *De koninklijke besluiten van 19 juni 2002*

- B.S. : 27.06.2002
- Inwerkingtreding: 01.07.2002

- Inhoud:
 - Afschaffing van de persoonlijke bijdrage van de palliatieve patiënten in de honoraria van de erkende huisarts, voor het bezoek in een ziekenhuis aan een patiënt in een Sp-dienst (palliatieve zorg) op vraag van de patiënt of op vraag van een familielid of een naaste (verstrekking 109701, voorzien in het artikel 2, J van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984).
 - Afschaffing van de persoonlijke bijdrage van de palliatieve patiënten in de honoraria van de geneesheer voor het bezoek bij de zieke thuis (verstrekkingen 104370, 104392, 104414, 104436, 104451, 104672, 104694, 104716, 104731, 104753 opgenomen in artikel 2, A van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984).

DEEL 6 - CIJFERANALYSE

HOOFDSTUK 1 – FINANCIELE GEGEVENS

Tabel 20 : geboekte uitgaven in EUR

		1999	2000	2001	2002	2003
Multidisciplinaire equipes/palliatieve verzorging	uitgaven (EUR)	4.338.997	5.262.355	5.877.444	6.732.928	7.637.158
	gevallen	2.430	4.030	4.720	5.356	5.881
Dagcentra/Palliatieve verzorging	uitgaven (EUR)				23.850	287.201
	gevallen				172	2.186
Verpleegkundige forfaits (PA/PB/PC/PN)	uitgaven (EUR)			531.447	16.755.329	25.482.177
	gevallen			10.587	332.197	491.119
Patientenforfaits	uitgaven (EUR)		3.819.945	5.573.217	6.836.062	7.140.589
	gevallen		7.903	11.534	14.145	14.770
Bezoeken van geneesheer (enkel palliatieve codes)	uitgaven (EUR)				499.300	1.868.693
	gevallen				22.889	79.697
Bedden in RVT en ROB	uitgaven (EUR)				4.545.836	5.299.798
	gevallen				17.068.453	19.663.580
Hospitalisatie – Sp-diensten (bedragen per dag)	uitgaven (EUR)				1.611.642	5.120.756
	gevallen				833	2.737

Bron : RIZIV – Dienst voor geneeskundige verzorging - actuariaat

HOOFSTUK 2 – STATISTISCHE GEGEVENS

De onderstaande grafieken werden opgesteld op basis van twee verzoeken die aan drie verzekeringsinstellingen werden gericht (V.I. 1, V.I. 3 en V.I. 4), hetzij ongeveer 82 % van de totale informatie.

Er werd eveneens rekening gehouden met de statistische gegevensstroom die voor alle verzekeringsinstellingen werd georganiseerd in het raam van de pseudo-codes voor de verpleegkundige forfaits, alsook met de boekhoudkundige gegevens.

Zonder tegenaanwijzing **slaat de doelgroep waarvoor de gegevens werden verstrekt op ALLE palliatieve patiënten** (d.w.z. de patiënten die het palliatief forfait hebben ontvangen) en die OVERLEDEN zijn in 2003.

Om een jaarlijkse vergelijkingseenheid te verkrijgen, slaan de hierna geanalyseerde verstrekkingen voor palliatieve patiënten op het hele jaar 2003, zelfs de verstrekkingen die werden uitgevoerd vooraleer de patiënt officieel palliatief werd verklaard.

De gegevens betreffen vijf deelsectoren:

1. VERPLEEGKUNDIGE THUISVERZORGING (deel 1 - hoofdstuk 3 – blz. 27)

- verdeling van palliatieve patiënten met of zonder verpleegkundige thuisverzorging
- verdeling van palliatieve patiënten met thuisverpleging in functie van het aantal dagen thuisverpleging
- cumulatief diagram van de verdeling van palliatieve patiënten in functie van het aantal dagen thuisverpleging
- verdeling van palliatieve patiënten met thuisverpleging [meer dan 60 dagen; hoogstens 60 dagen]
- percentages van de ziekenhuisverblijven van palliatieve patiënten [met of zonder thuisverpleging]
- verdeling van de overlijdens van palliatieve patiënten in functie van de plaats van overlijden [met of zonder thuisverpleging]

2. FORFAITS (deel 1 – hoofdstuk 2 – blz. 24)

- evolutie van het aantal palliatieve forfaits (verdeeld in een eerste forfait en een hernieuwing)
- vergelijking van het overlijdenspercentage van palliatieve patiënten [algemeen en met thuisverpleging]

3. KINESITHERAPIE (deel 3 – blz. 47)

- doelgroepen van palliatieve patiënten per verzorgingstype [kinesithérapie; thuisverpleging, beide]
- verdeling van palliatieve patiënten met kinesithérapieverstrekkingen in functie van de plaats van verstrekking
- verdeling van palliatieve patiënten met kinesithérapieverstrekkingen in functie van het soort pathologie
- verdeling van palliatieve patiënten met kinesithérapieverstrekkingen [voor elke plaats van verstrekking een verdeling volgens het type pathologie]
- gemiddeld aantal verstrekkingen per palliatieve patiënt per plaats van verstrekking en per type pathologie.

4. GENEESHEREN (deel 1 – hoofdstuk 2 – blz. 24)

- verdeling van geneesheren in functie van het aantal bezoeken per palliatieve patiënt
- cumulatief diagram van de verdeling van geneesheren in functie van het aantal bezoeken per palliatieve patiënt
- verdeling van palliatieve patiënten in functie van de nomenclatuurcodenummers [algemene codenummers of specifieke palliatieve codenummers]
- gemiddeld aantal verstrekkingen per palliatieve patiënt naargelang de beschouwing [totaal, algemeen, specifiek]
- verdeling van de palliatieve patiënten en de overeenstemmende gevallen per nomenclatuurcodenummer

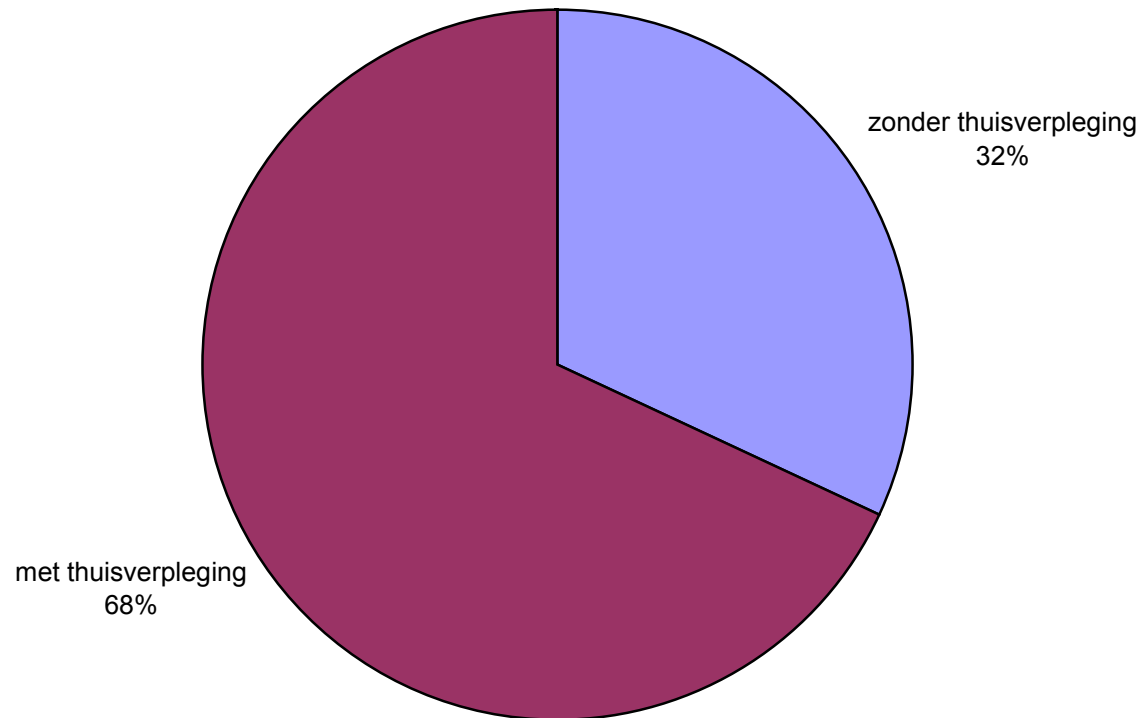
5. MULTIDISCIPLINAIRE EQUIPES (deel 1 – hoofdstuk 1 – blz. 10)

- rol van de multidisciplinaire equipes.

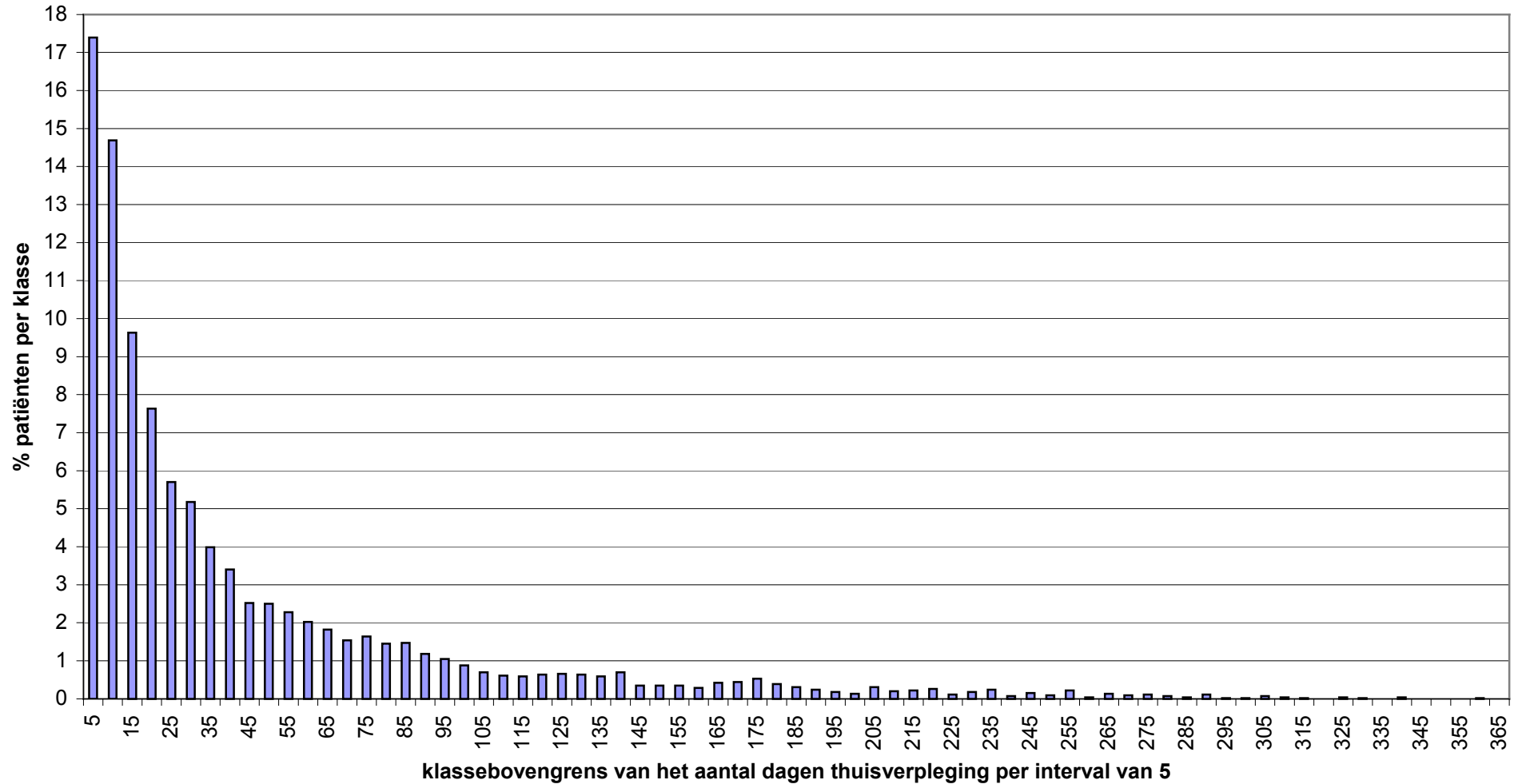
6. PLAATS VAN OVERLIJDEN (*)

- Verdeling van palliatieve patiënten in functie van de plaats van overlijden [Populatie/Palliatief (met forfait)/Palliatief(zonder forfait)] - jaar 2002
- (*) Deze grafiek is opgesteld na bovenstaande gegevens te relateren aan deze bekomen via het palliatief netwerk van de Vlaamse gemeenschap en de NIS-statistieken.

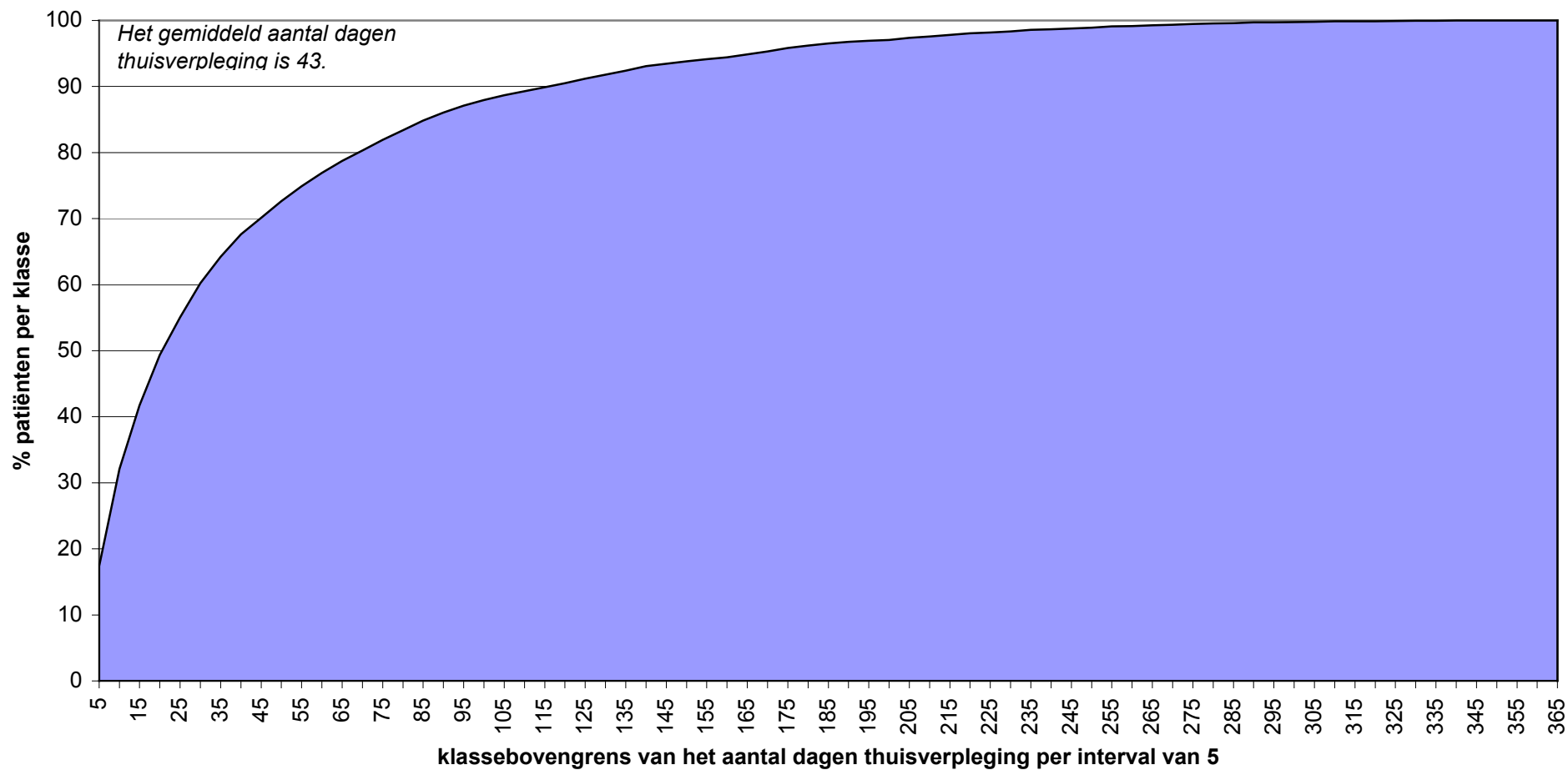
Grafiek 1 : verdeling van palliatieve patiënten met of zonder thuisverpleging



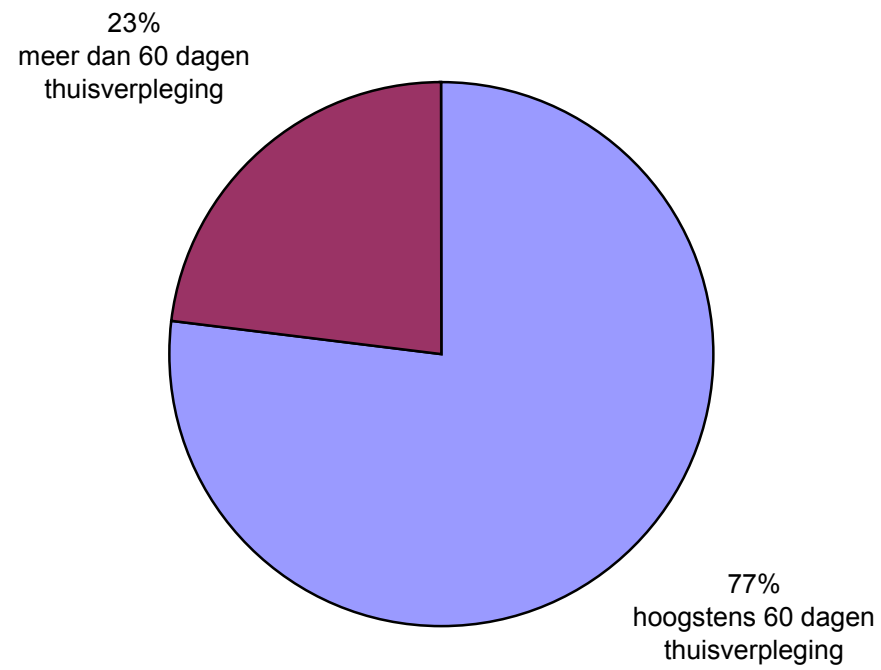
Grafiek 2 : verdeling van palliatieve patiënten met thuisverpleging in functie van het aantal dagen thuisverpleging



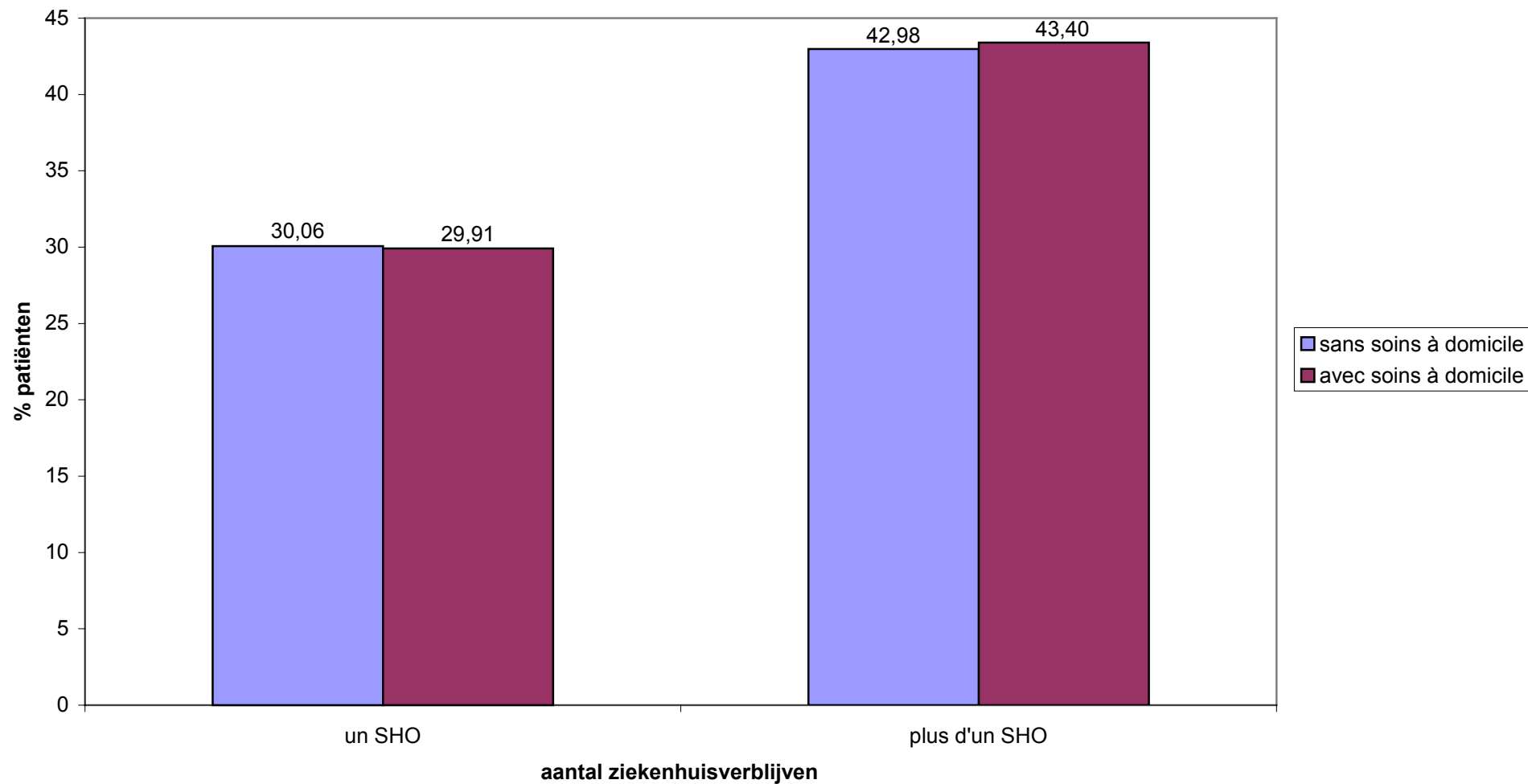
Grafiek 2bis : cumulatief diagram van de verdeling van palliatieve patiënten in functie van het aantal dagen thuisverpleging



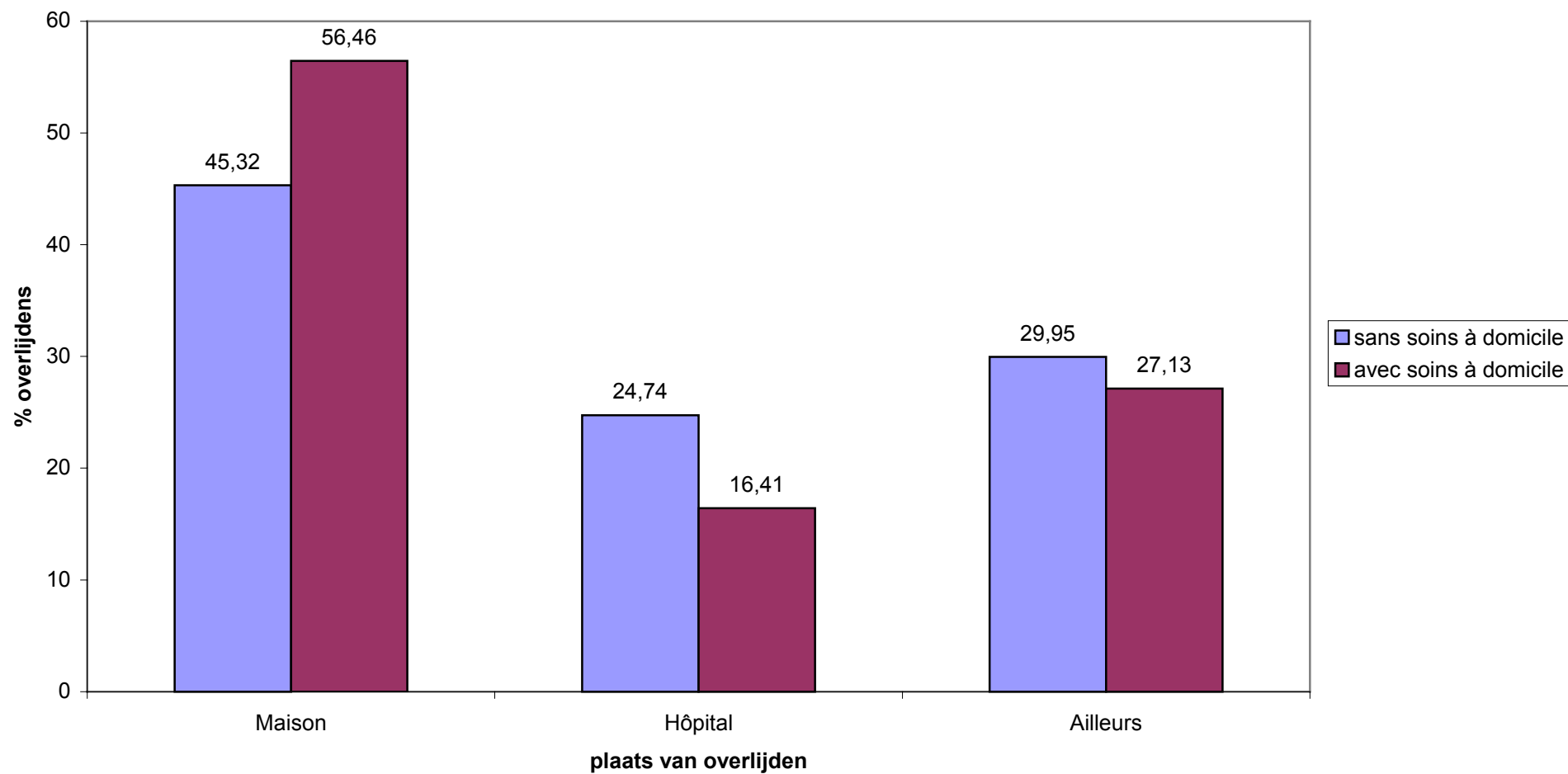
**Grafiek 3 : verdeling van palliatieve patiënten met thuisverpleging
[meer dan 60 dagen ; hoogstens 60 dagen]**



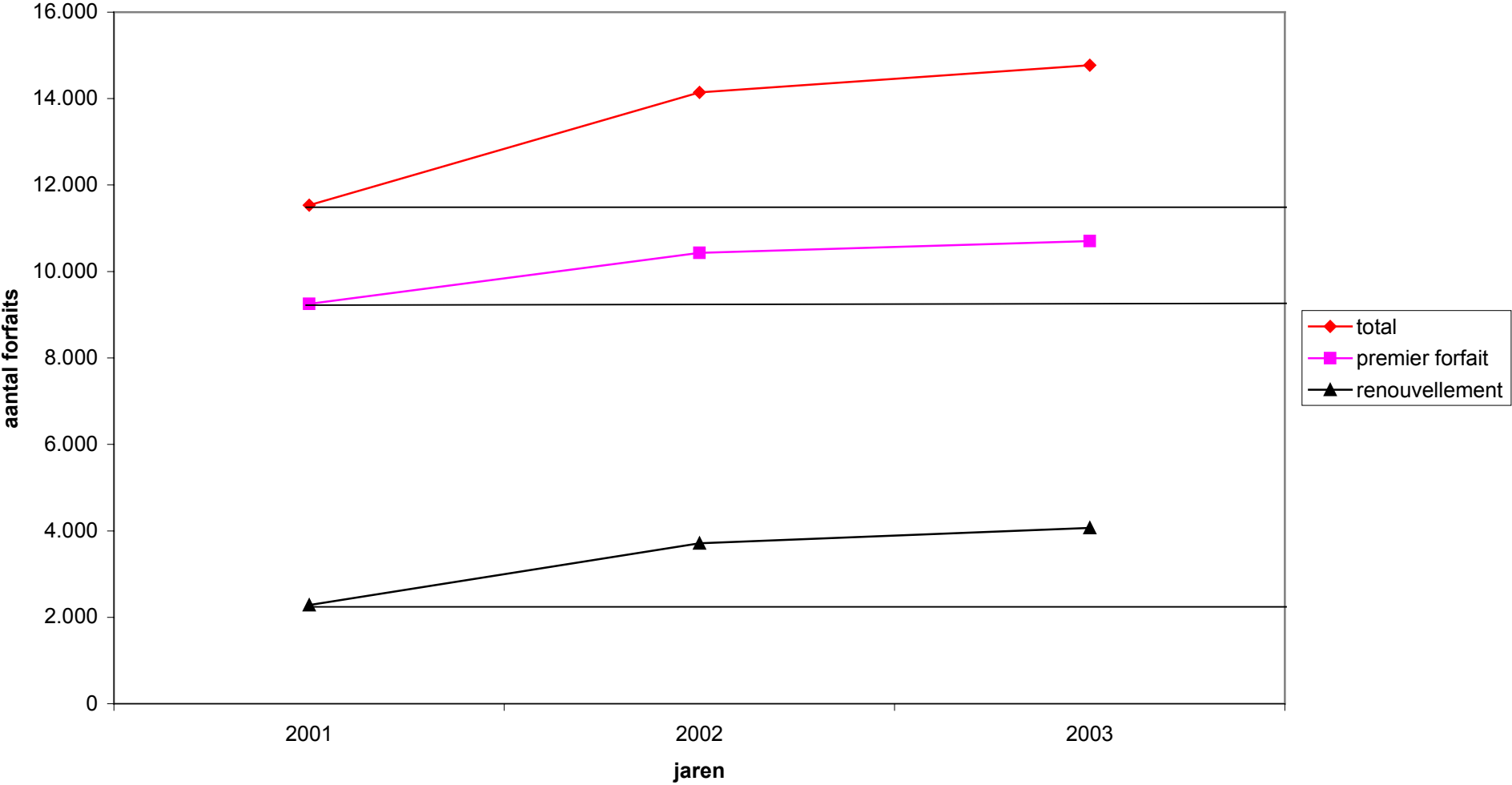
**Grafiek 4 : percentages van ziekenhuisverblijven van palliatieve patiënten
[zonder of met thuisverpleging]**



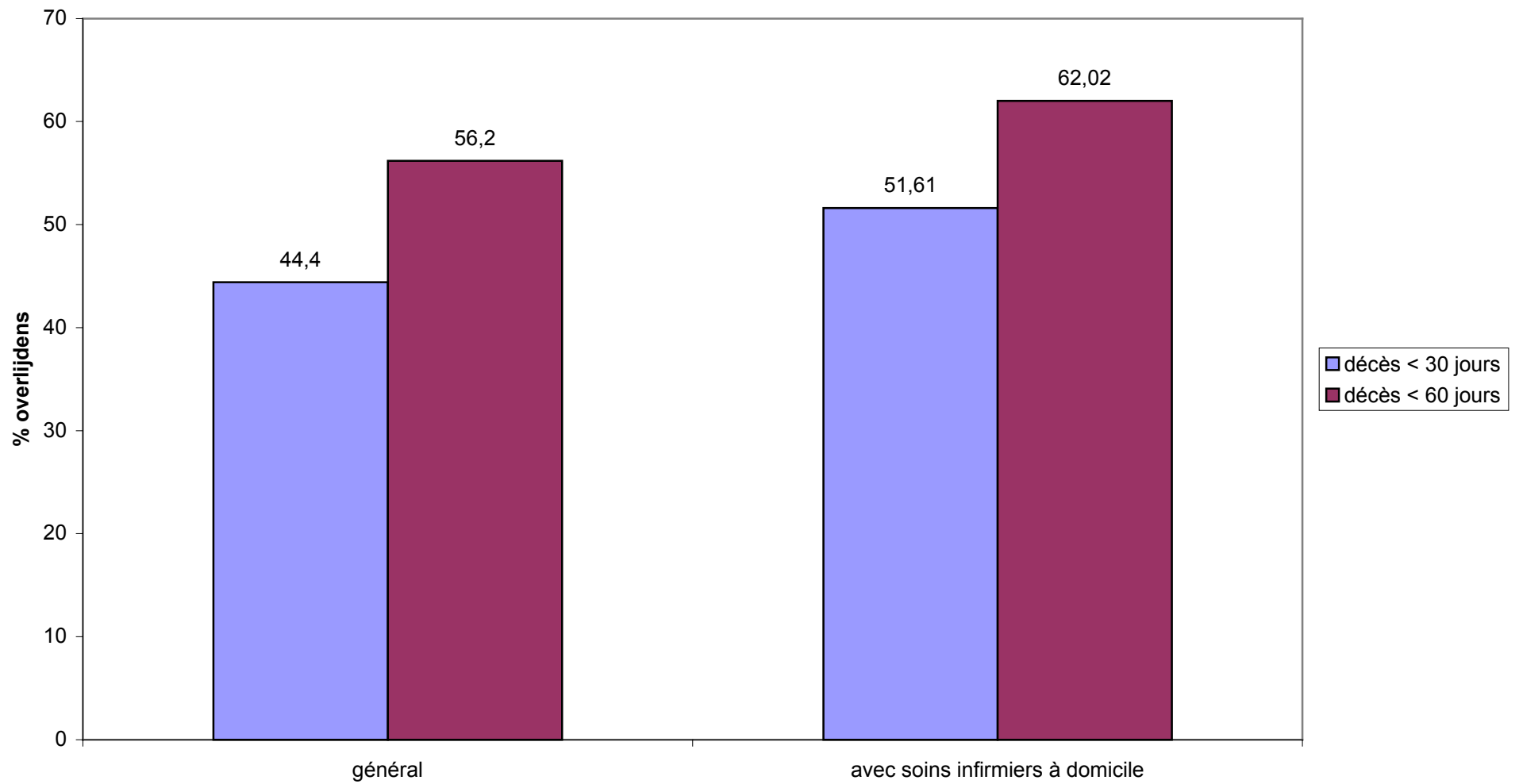
Grafiek 5 : verdeling van overlijdens van palliatieve patiënten in functie van plaats van overlijden [zonder of met thuisverpleging]



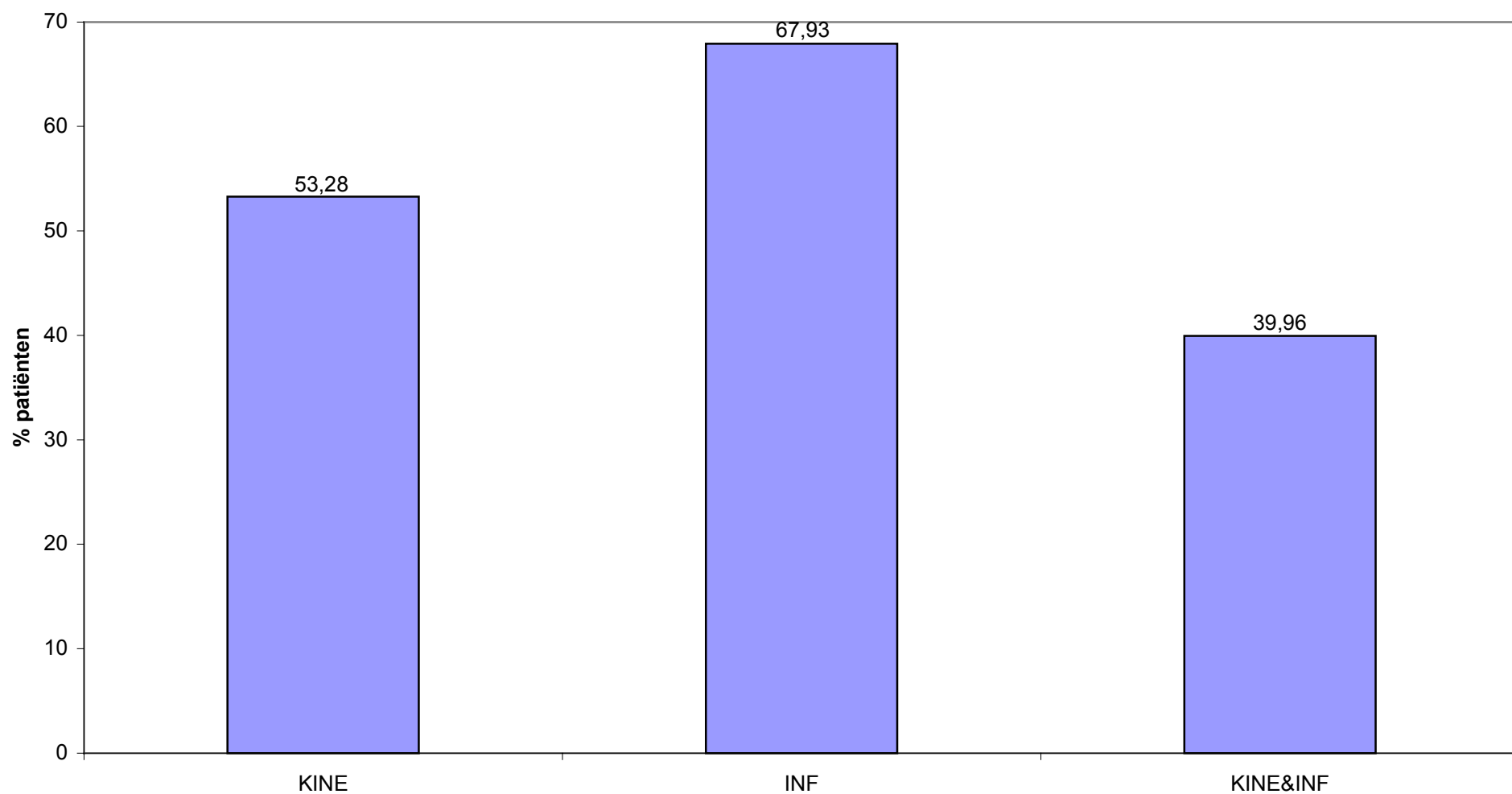
**Grafiek 6 : Evolutie van het aantal palliatieve forfaits
[verdeel in eerste forfait en hernieuwing]**



**Grafiek 7 : vergelijking van overlijdenspercentage van palliatieve patiënten
[algemeen en met thuisverpleging]**

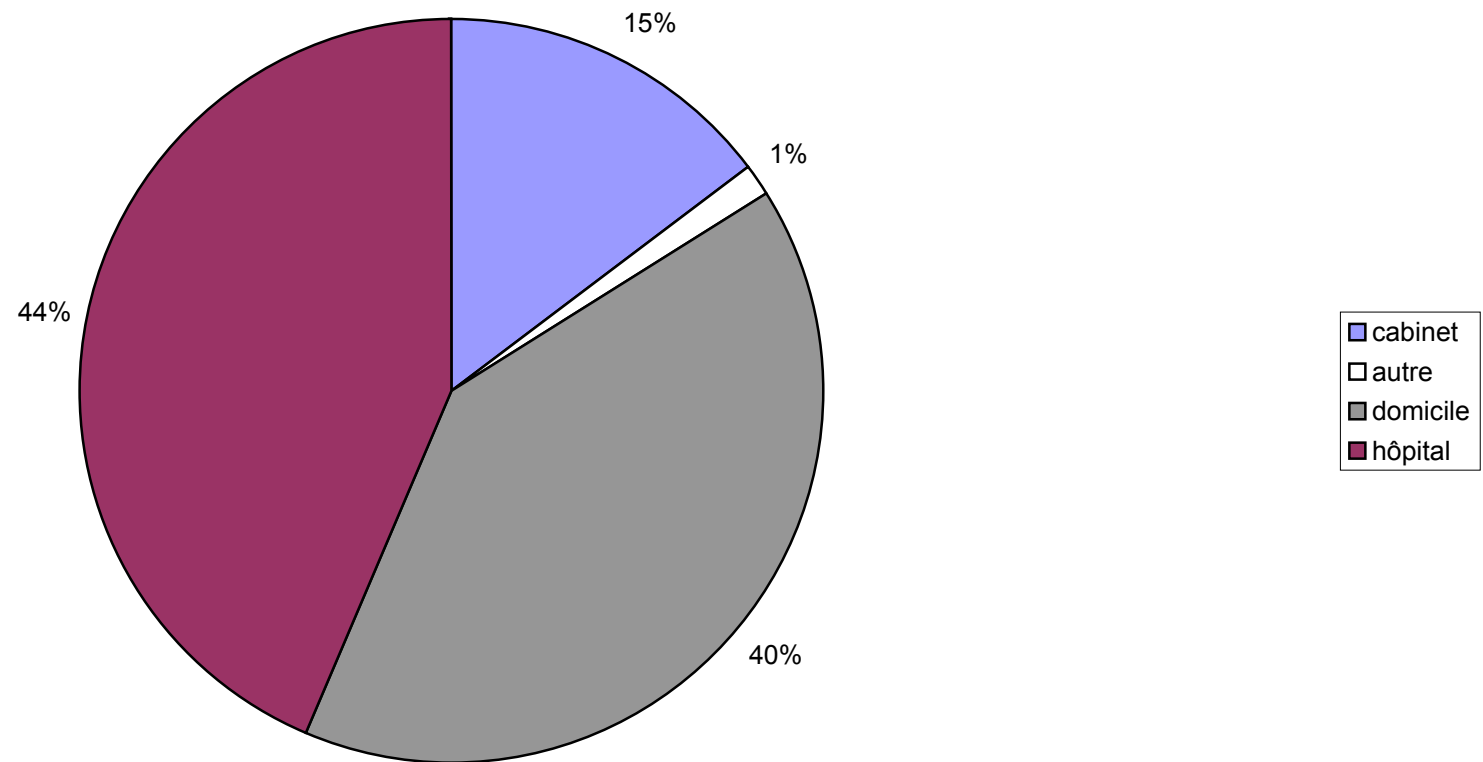


**Grafiek 8 : doelgroepen van palliatieve patiënten per verzorgingstype
[kinesithérapie ; thuisverpleging ; beide]**



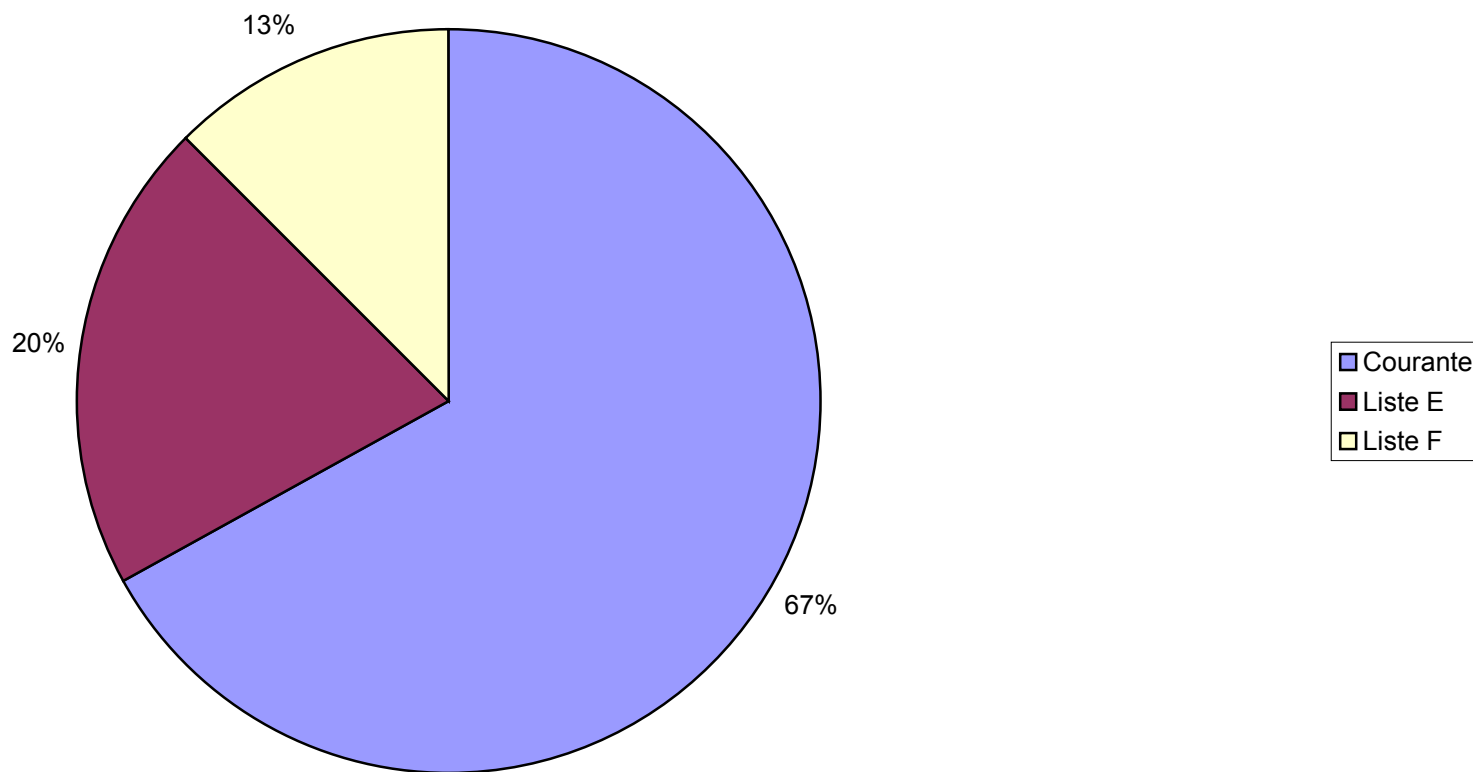
Grafiek 9 : verdeling van palliatieve patiënten met kinesitherapieverstrekkingen in functie van de plaats van verstrekking

Er moet evenwel rekening gehouden worden met het feit dat naar schatting 75% van de palliatieve patiënten kinesitherapieverstrekkingen ontvangen hetzij thuis of in het ziekenhuis.

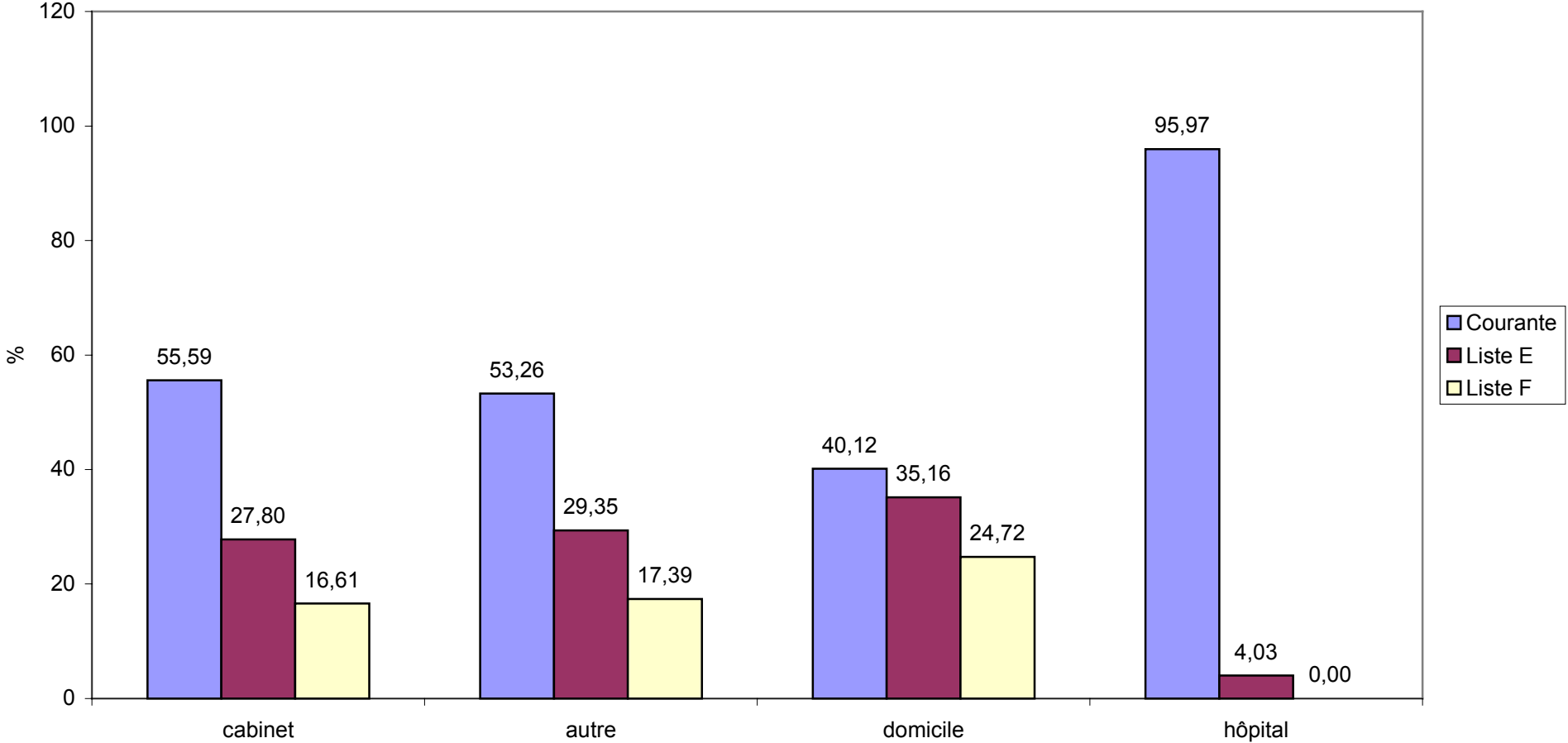


Grafiek 10 : verdeling van palliatieve patiënten met kinesitherapieverstrekkingen in functie van het soort pathologie

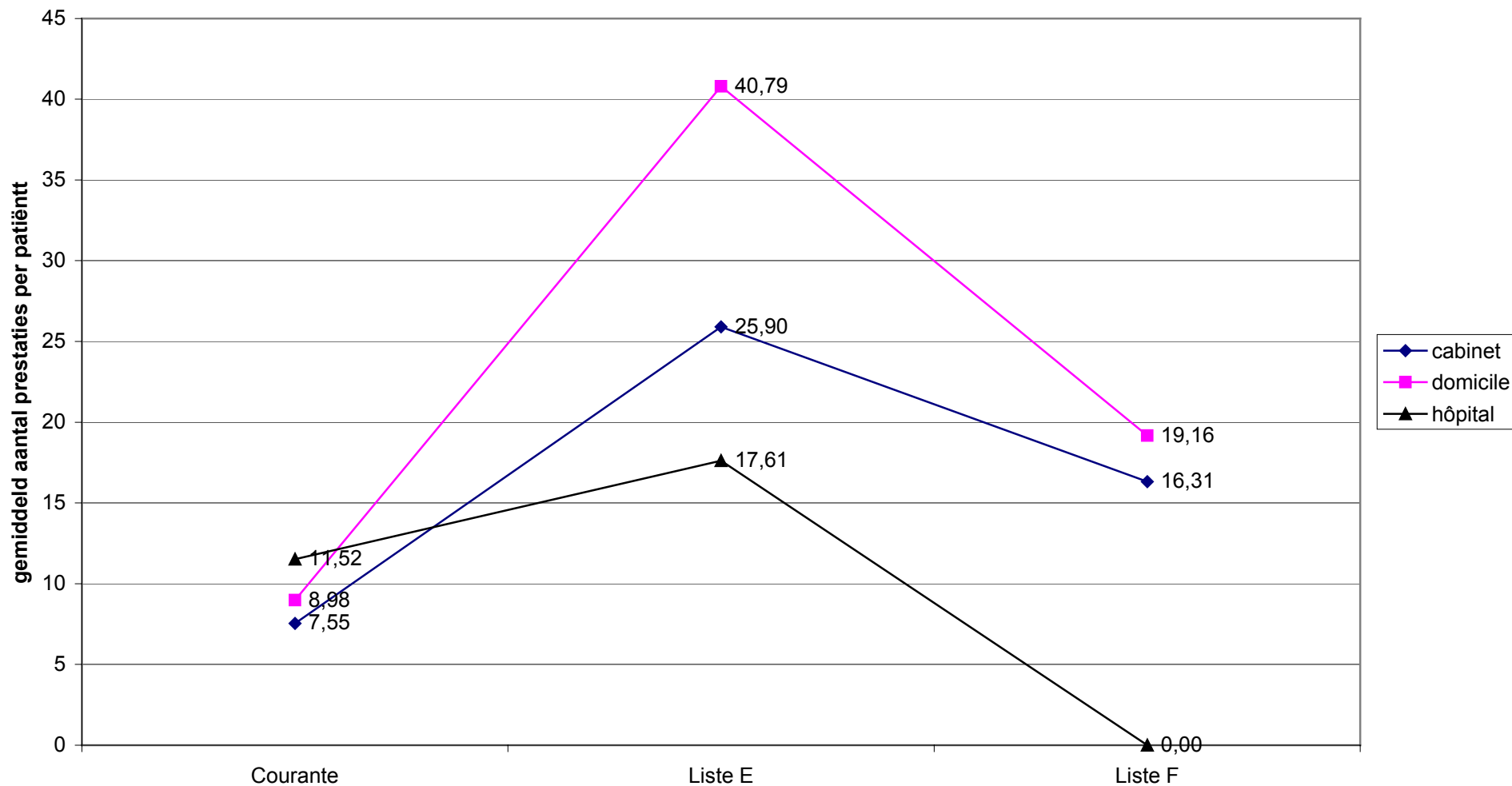
Er moet evenwel rekening gehouden worden met het feit dat naar schatting bij 30% van het aantal palliatieve patiënten met kinesitherapieverstrekkingen prestaties gebeuren voor hetzij courante aandoeningen of E- of F-lijst pathologie.



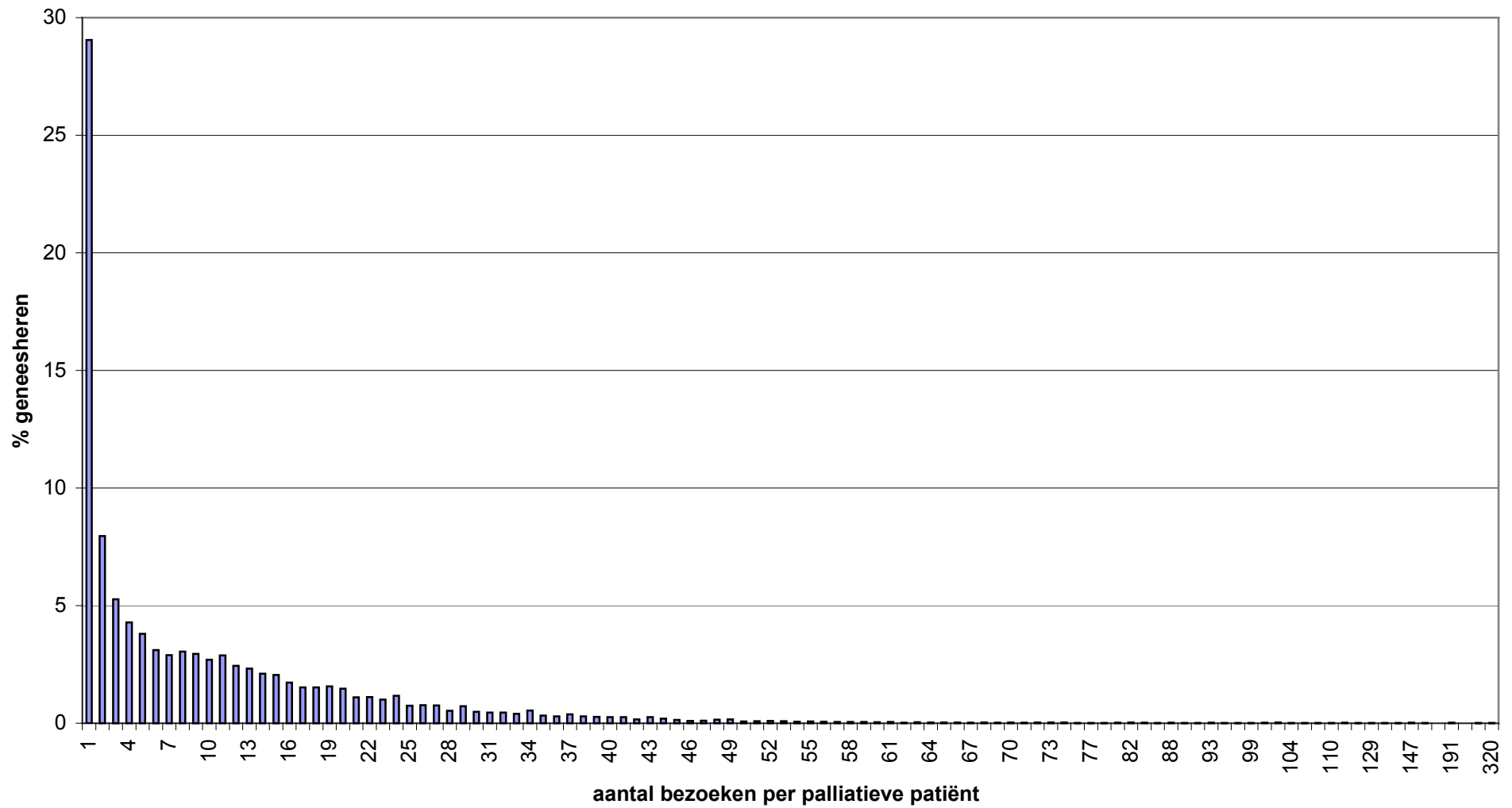
**Grafiek 11 : verdeling van palliatieve patiënten met kinesitherapieverstrekkingen
[voor elke plaats van verstrekking (100%) een verdeling per type van pathologie]**



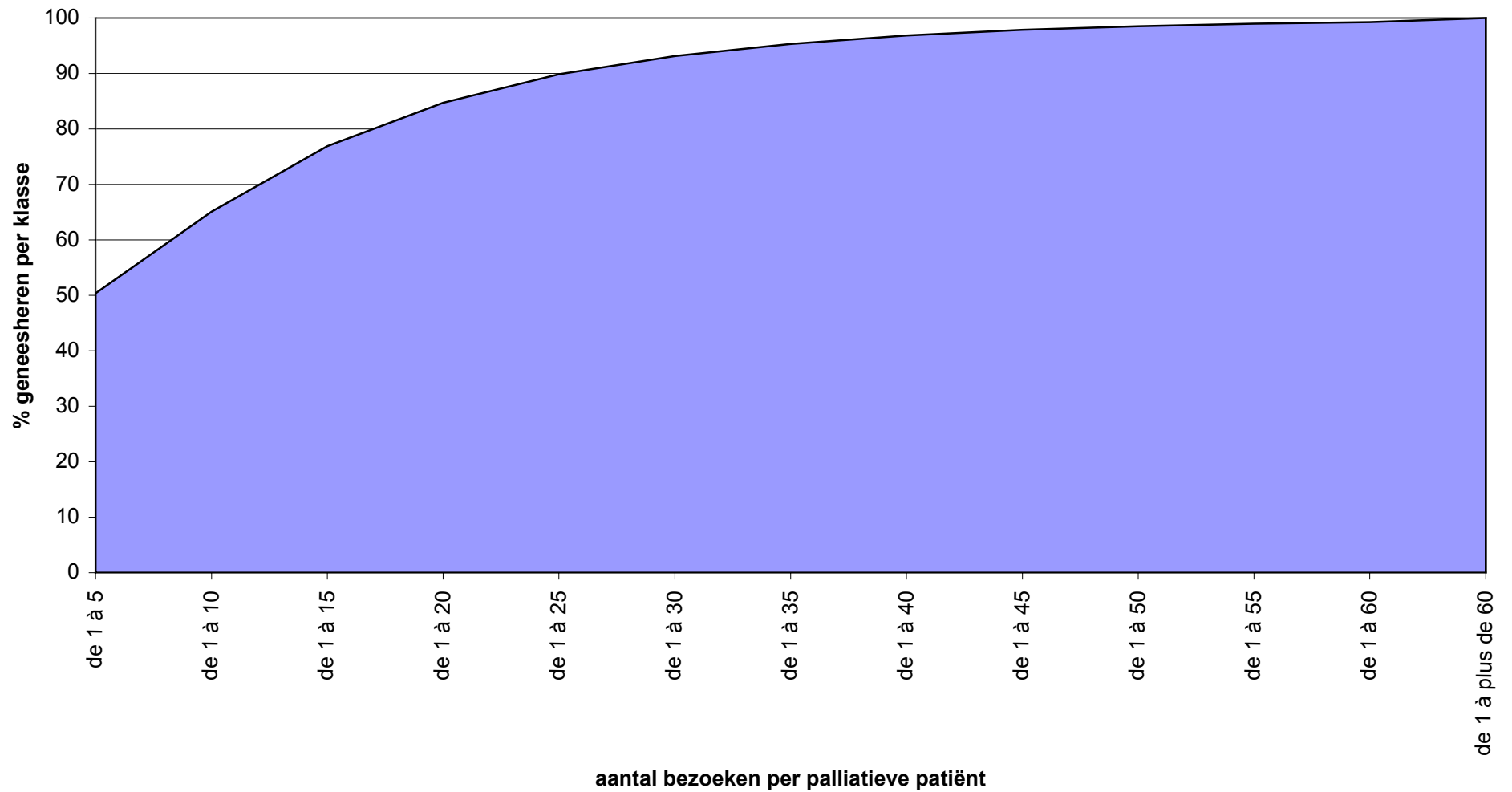
Grafiek 12 : gemiddeld aantal verstrekkingen per palliatieve patiënt per plaats van verstrekking en per type van pathologie



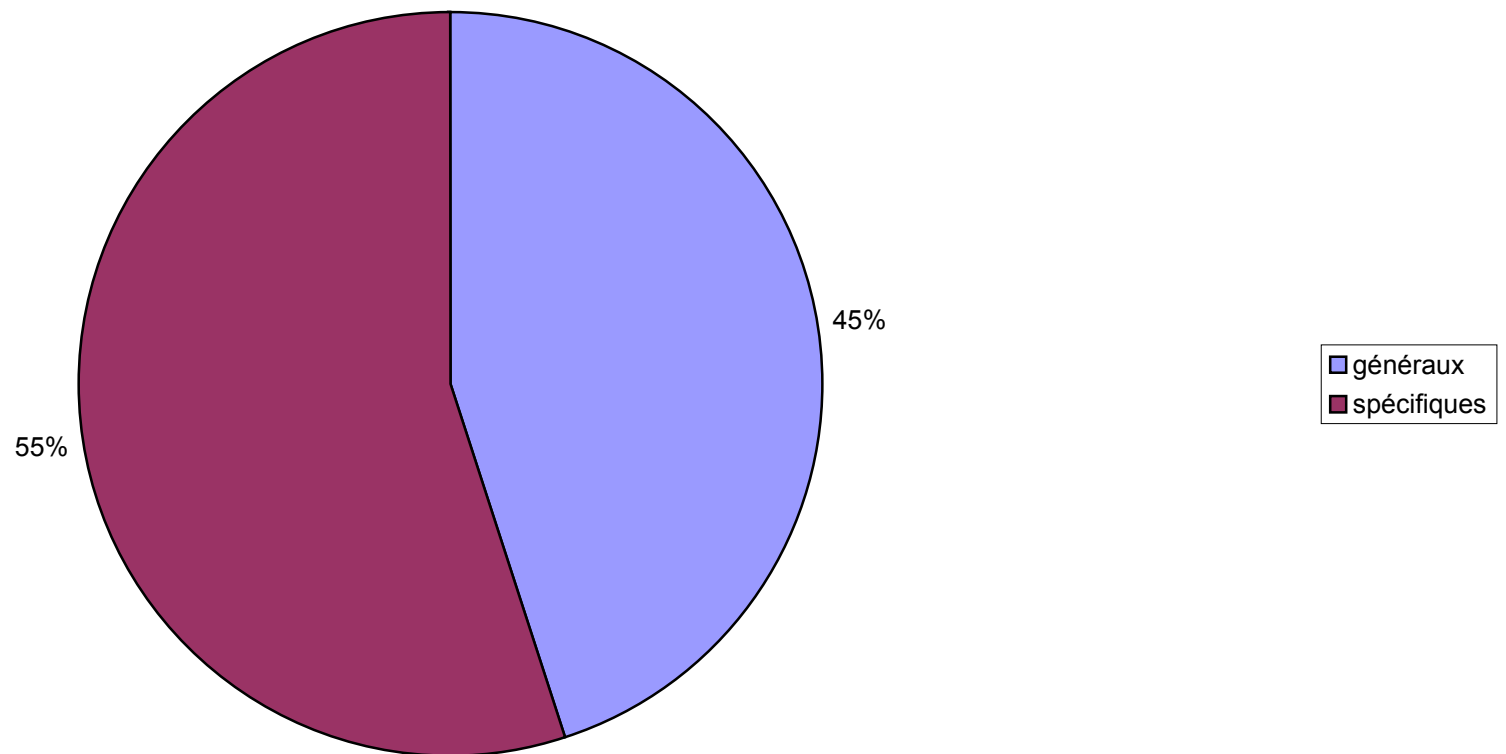
Grafiek 13 : verdeling van geneesheren in functie van het aantal bezoeken per palliatieve patiënt



Grafiek 14 : cumulatief diagram van de verdeling van geneesheren in functie van het aantal bezoeken per palliatieve patiënt

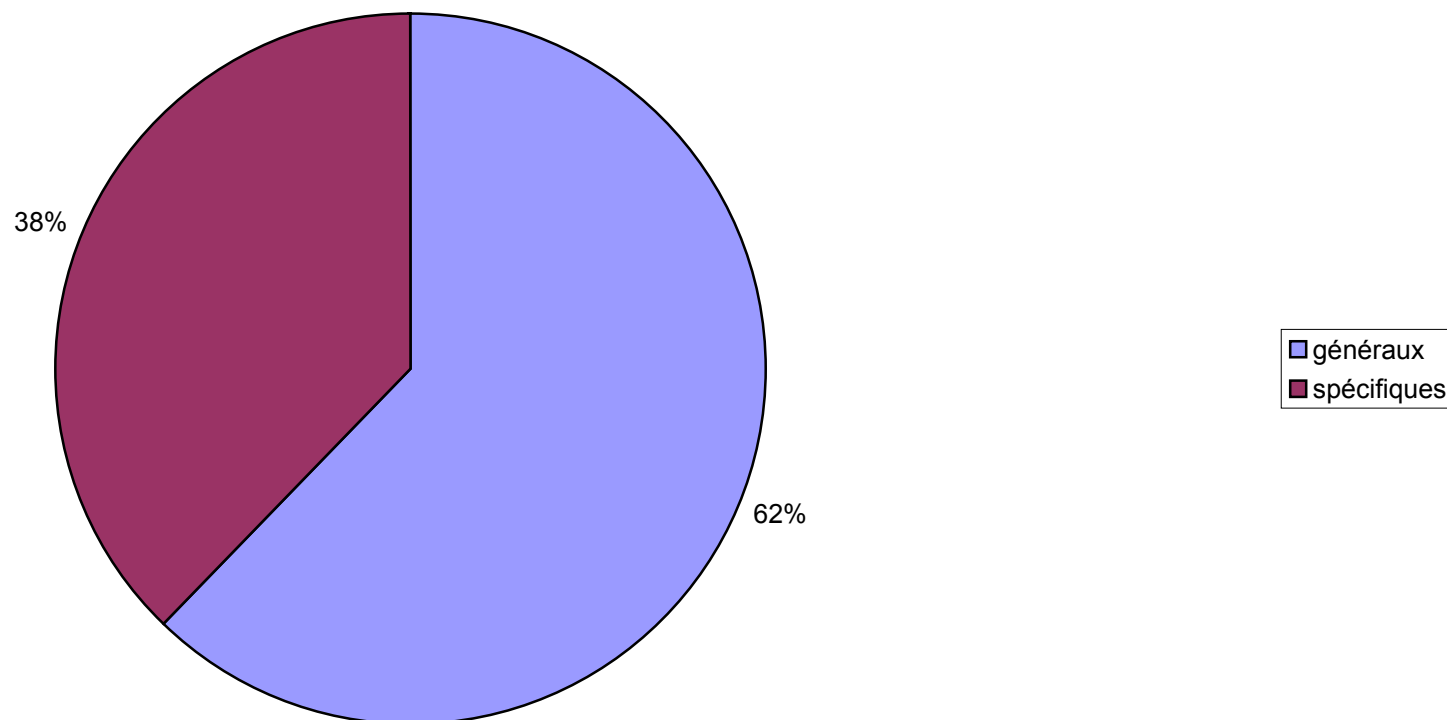


**Grafiek 15 : verdeling van palliatieve patiënten in functie van de nomenclatuurcode
[algemeen codenummer of specifieke palliatieve code]**

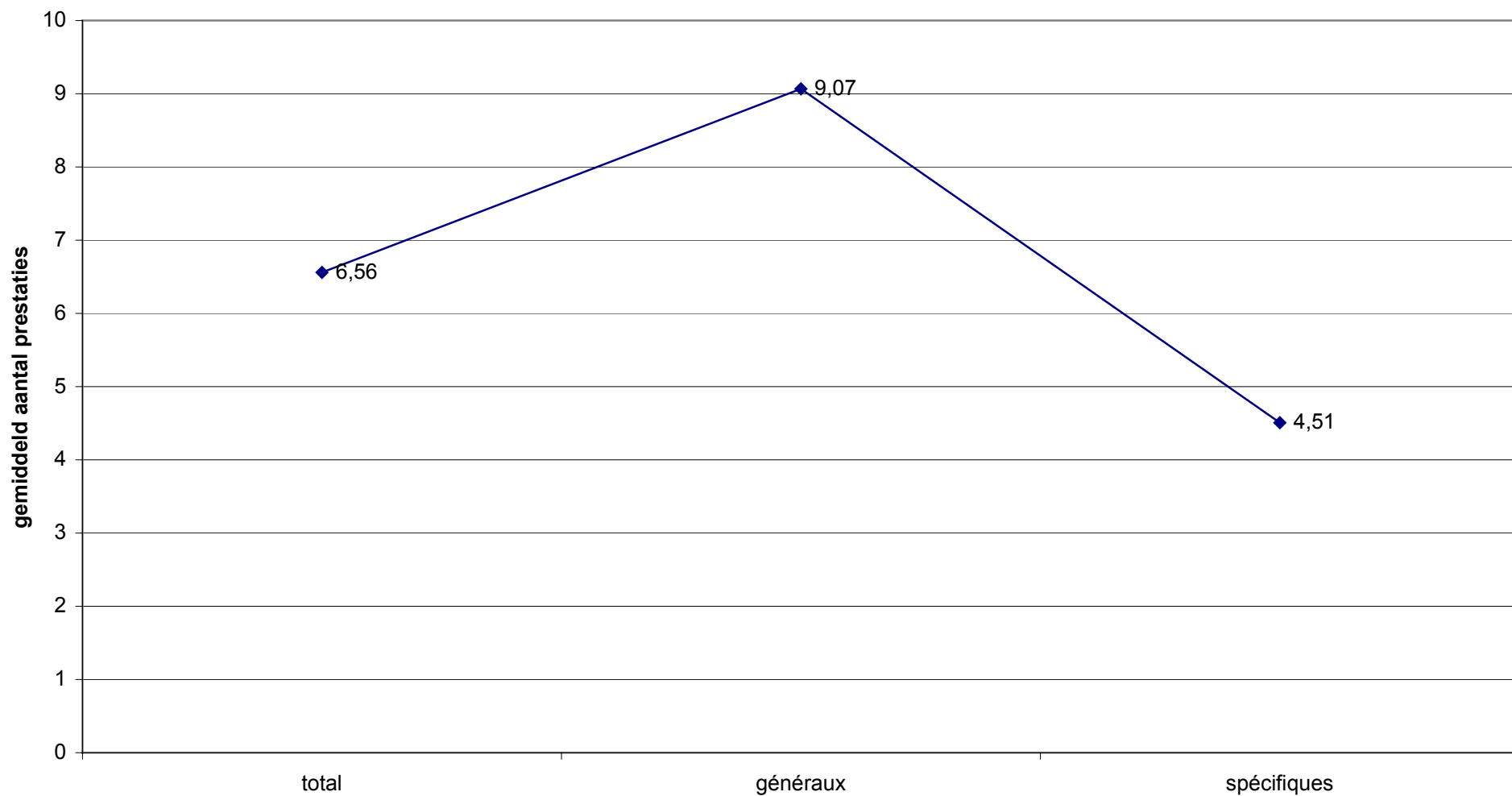


**Grafiek 16 : verdeling van de gevallen betreffende palliatieve patiënten in functie van de nomenclatuurcode
[algemeen codenummer of specifieke palliatieve code]**

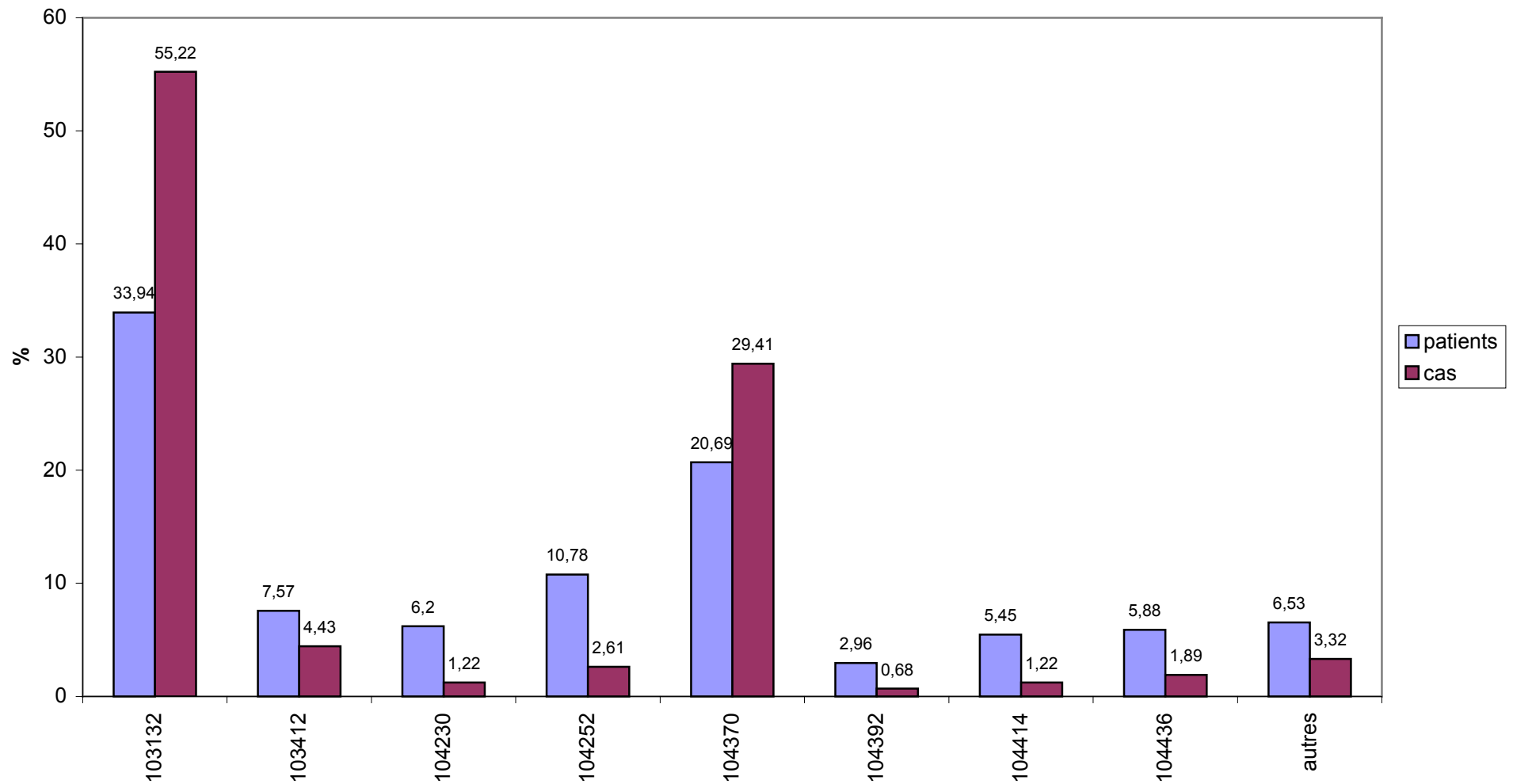
Er moet evenwel rekening gehouden worden met het feit dat naar schatting bij elke palliatieve patiënt drie verschillende nomenclatuurcodes geattesteerd werden.



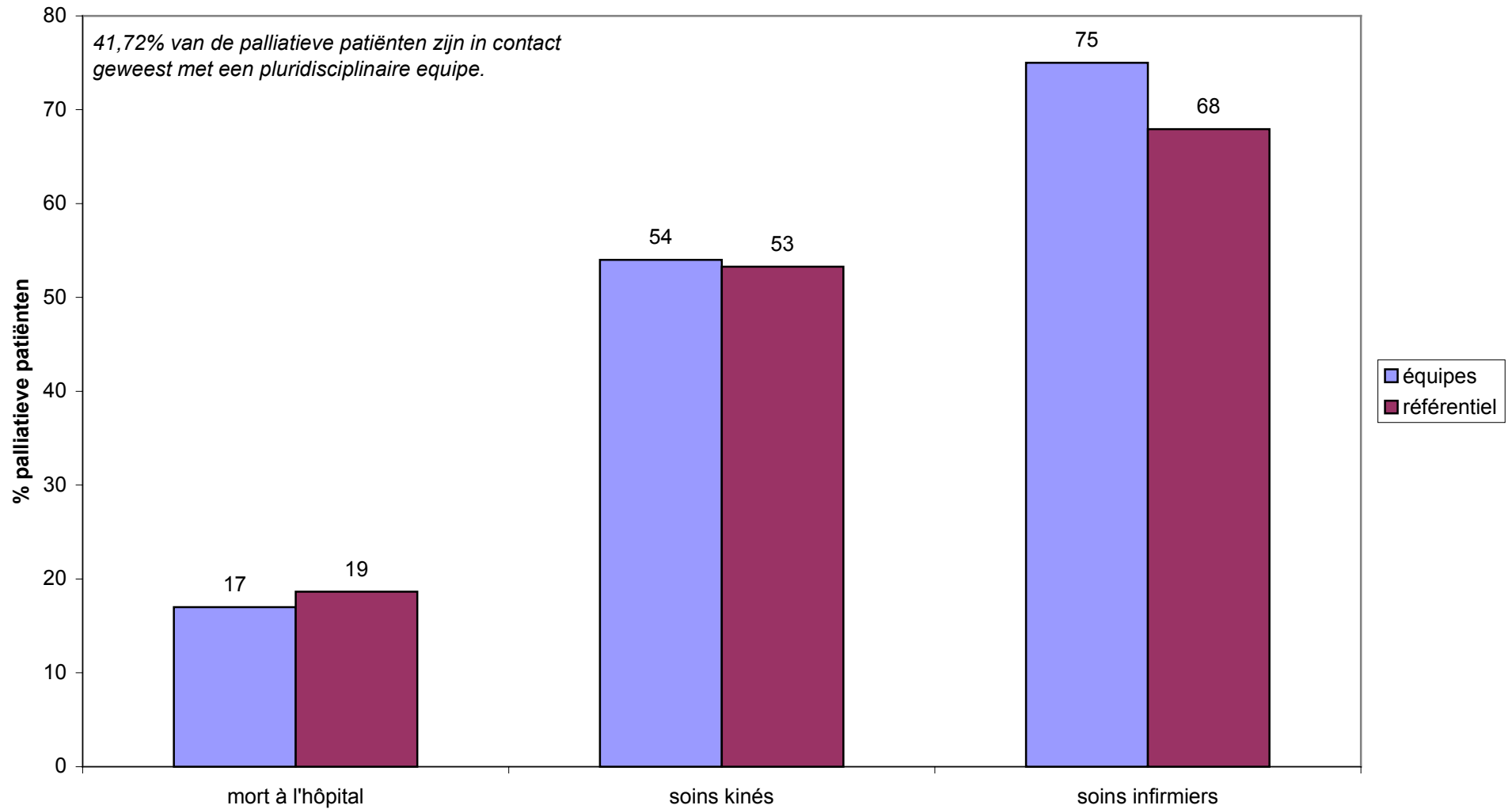
Grafiek 17 : gemiddeld aantal verstrekkingen per palliatieve patiënt naargelang de beschouwing [totaal ; algemeen ; specifiek]



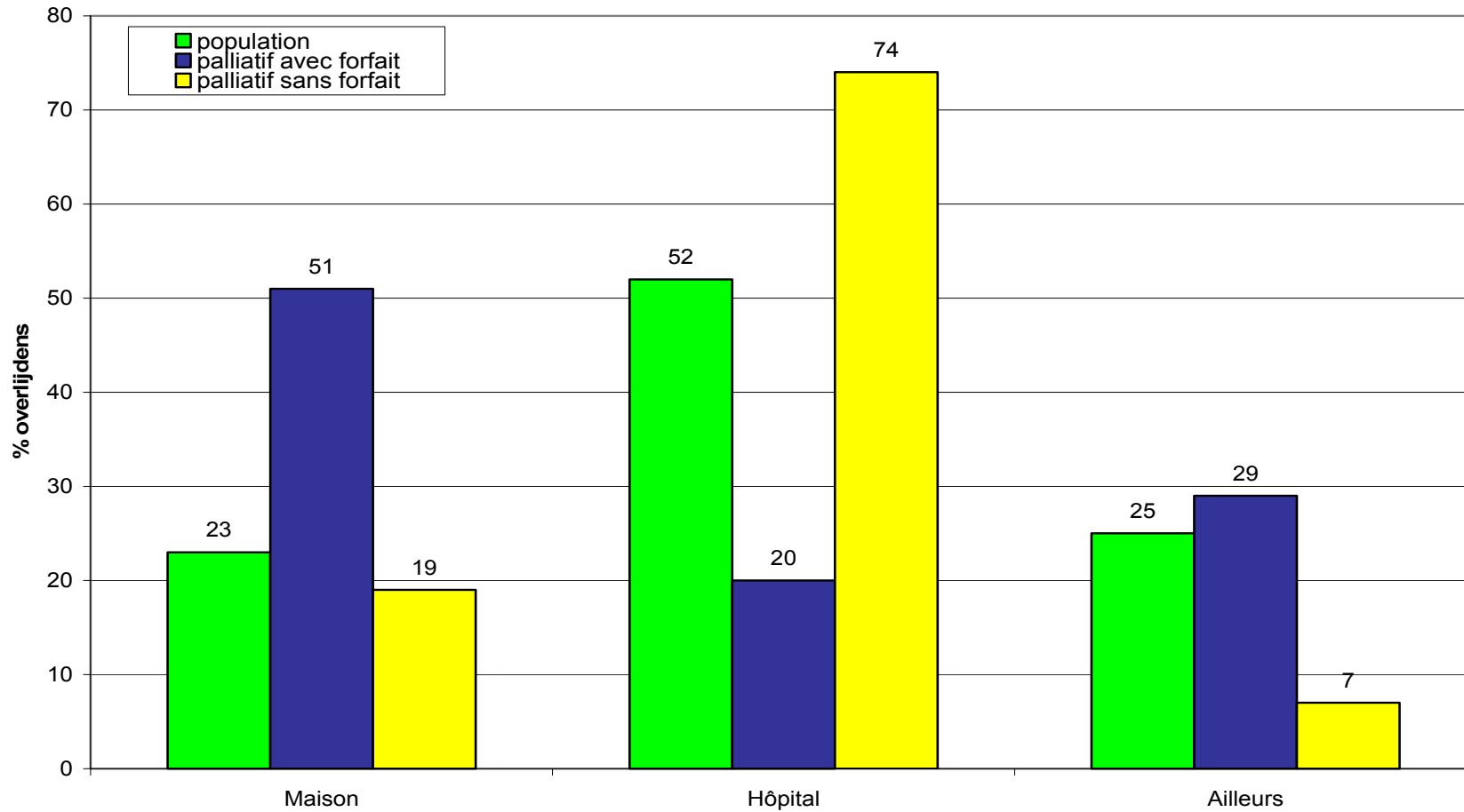
Grafiek 18 : verdeling van palliatieve patiënten en de overeenstemmende gevallen per nomenclatuurcode



Grafiek 19 : rol van de multidisciplinaire equipes



**Grafiek 20 : verdeling van palliatieve patiënten in functie van de plaats van overlijden
[Populatie/Palliatief met forfait]/Palliatief(zonder forfait)] - jaar 2002**



SLOTBESCHOUWINGEN

In België is het allemaal begonnen in de jaren '90. Zoals vermeld in de inleiding, liggen volgende uitgangspunten aan de basis van de palliatieve zorg in ons land in het algemeen en aan deze binnen het Riziv in het bijzonder.

1. De mensen willen **thuis sterven**. Laat ons de mogelijke hinderpalen hiervoor opheffen :
 - **Financieel** : thuis sterven brengt allerlei bijkomende kosten met zich mee, waarmee de patiënt en zijn omgeving niet geconfronteerd worden in het ziekenhuis.
 - **Technisch** : bepaalde technische handelingen – hoewel niet uitermate complex - kunnen slechts gebeuren in een ziekenhuisomgeving.
 - **Medisch** : de eerste lijn heeft niet de nodige parate kennis noch beschikbaarheid om de symptomen van het terminaal stadium van een zieke lege artis ten laste te nemen.
 - **Sociaal-psychologisch**: de patiënt en zijn omgeving worden niet deskundig bijgestaan in de moeilijke fase van het leven die sterven is.
2. De **medische sector** gaat onwennig om met het levenseinde van de patiënten: voortdurend vinden we diagnostische onderzoeken, therapeutische hardnekkigheid en onaangepaste hospitalisaties.

Deze algemene uitgangspunten vormen uiteindelijk het bindweefsel voor deze **poging tot evaluatie per sector én transsectoraal**.

Bij de aanvang van deze slotbeschouwingen wordt in de eerste plaats stil gestaan bij het **transversaal denken** (en annex gezondheidszorgbeleid) ten aanzien van chronisch zieken in het algemeen en van palliatieve (terminaal zieke) patiënten in het bijzonder. Een transversale doorsnede maken van een volledig sectoraal gestructureerd ziekteverzekeringsstelsel is niet evident gebleken. Dit blijkt onder meer uit het feit dat de aard en de specificiteit van de informatie niet voor alle sectoren dezelfde zijn, wat zich ook reflecteert in deze slotbeschouwingen.

De opsplitsing van beleidsinitiatieven die nadien vertaald worden in Riziv-maatregelen, gebeurt als het ware vanzelfsprekend in aparte onderdelen, gegroepeerd per sector en/of per deelsector en in regel, om diverse redenen, gespreid over min of meer lange tijdspannes. De bestaande beleid- en overlegstructuren zijn onvoldoende aangepast aan een integraal én integrerend zorgbeleid waarbij de patiënt zelf centraal staat. De sector van de palliatieve zorg maakt hierop geen uitzondering.

Het Riziv zal binnenkort het initiatief nemen tot de organisatie van een **studiedag** en een discussieforum over het “.....palliatief beleid in het kader van de ziekteverzekering”. Niet alleen de sterke- en zwaktepunten van de bestaande regelgeving maar ook nieuwe uitdagingen voor de toekomst zullen er in dialoog met de sectoren en met een oor naar buitenlandse ervaringen uitgebreid aan bod kunnen komen. Ter zake moeten nog concrete afspraken gemaakt worden maar de studiedag zal gepland worden einde 2004.

De **slotbeschouwingen** inzake palliatieve zorg die hierna onder de aandacht gebracht worden, zullen ontegensprekelijk voldoende stof tot nadenken en tot diepgaande discussie geven. Niettegenstaande sommige overwegingen weliswaar betrekking hebben op één enkele (sub)sector is het vooral onze bedoeling om een transsectoraal beeld te brengen.

1. Uit de evaluatie van de **multidisciplinaire begeleidingsequipes** blijkt dat na verloop van 4 jaren 11 van de 28 equipes hun personeelskader nog steeds niet maximaal uitgebouwd hebben. Medio 2004 is er met andere woorden nog een **capaciteitsoverschot van meer dan 10% of 13 VTE**. Nochtans zijn er momenteel geen concrete aanwijzingen voor regionale verschillen met betrekking tot het voorkomen van een palliatieve problematiek en/of de behoefte aan palliatieve zorg. (Zie ook p. 15.)

Sinds 2000 hebben de equipes de mogelijkheid om zelf de precieze omvang van hun personeelskader te bepalen, rekening houdend met het inwonersaantal van de streek. De financiering voorziet in 2,6 VTE per 200.000 inwoners voor de begeleiding van minimum 100 palliatieve patiënten. Binnen de voorziene budgettaire limieten, zoals overeengekomen met het Riziv, mag elke equipe zelf het initiatief nemen om zijn personeelskader aan te passen.

2. Uit onderzoek van de leeftijdsstructuur van de patiëntenpopulatie van de equipes voor het jaar 2002 blijkt dat de equipes in totaal **48 kinderen of jongeren (< 20 jaar)** begeleid hebben. Op de belangrijke vraag naar de effectieve specificiteit van palliatieve zorg bij kinderen hebben we vooralsnog geen antwoord;

Het grootste aantal patiënten zit in de oudere leeftijdsgroepen, **74%** van de palliatieve patiënten is **ouder dan 60 jaar**.

In de toekomst (middellange termijn) zal er mogelijk wel rekening moeten gehouden worden met streekgebonden verschillen in palliatieve zorgbehoefte ingevolge de veroudering van de bevolking tegen het jaar 2020.

3. Bij onderzoek van de **patiëntenpopulatie** van elke **equipe** (jaarverslagen 2002) worden opmerkelijke verschillen tussen equipes onderling vastgesteld, zoals:

- Een analyse in functie van de **medische indicatie**, onderliggende **kankerproblematiek of niet**, toont aan dat gemiddeld bij 80% van de populatie een onderliggende kankerproblematiek vastgesteld is (belangrijk bij de evaluatie van de impact van palliatieve zorgen op thuis sterven). Dit cijfer varieert van **minimaal 61% tot maximum 91%**. Bij gemiddeld 19% van de patiënten is de palliatieve situatie niet het gevolg van een kankeraandoening. (Zie ook p. 16.)

Sommige equipes vangen tot 30% meer palliatieve kankerpatiënten op dan andere.

Niettegenstaande patiënten met bijvoorbeeld (pre)terminale hartdecompensatie evengoed in een palliatieve situatie terecht kunnen komen is er op het eerste zicht geen duidelijke verklaring voor deze opmerkelijke streekgebonden variaties van het patiënteel per equipe.

- De **leefsituatie van het patiënteel** van de equipes bestaat voor **gemiddeld 74%** uit patiënten die gehuwd zijn of samenwonen en **gemiddeld 11%** verblijft in een ROB-RVT. (Zie ook p. 17.) De plaats van verblijf van palliatieve patiënten verschilt echter vrij opvallend zonder dat hier een afdoende verklaring voor te vinden is. Bijvoorbeeld: bij de ene equipe verblijft ruim **30% van het patiënteel** in thuisvervangende woonvormen zoals **ROB-RVT** terwijl bij een andere equipe **99%** van de patiënten **samenwonend** is.
- 4.1. Met bijzondere aandacht is gekeken naar de resultaten van het **aantal overlijdens thuis** van patiënten die voorafgaand begeleid werden door een **multidisciplinaire palliatieve equipe**. Ook nu weer zijn de onderlinge verschillen tussen de equipes zeer opmerkelijk. Terwijl **gemiddeld ruim 62%** van de begeleide patiënten thuis sterft, zijn er 2 equipes waarbij **minder dan 50%** van de palliatieve patiënten thuis overlijdt. Hiertegenover staat dat **elders zelfs 81%** van de patiënten ten laste genomen door de equipe thuis overleden zijn. Volledigheidshalve moet hierbij vermeld worden dat het echter wel mogelijk is dat de patiënt kort voor het overlijden, bijvoorbeeld 1 of 2 dagen voordien, pas overgebracht is naar het ziekenhuis. (Zie ook p. 17.) Desalniettemin interpelleert dit gegeven naar de uiteindelijke opzet van palliatieve zorgen thuis.
 - 4.2. Een vergelijking tussen de **plaats van overlijden** van de palliatieve patiënten met forfait begeleid door de **equipes enerzijds** en de **totale groep van palliatieve patiënten met forfait anderzijds** toont met betrekking tot het aantal overlijdens thuis een beperkt positief verschil in het voordeel van de equipes. 17% van het patiënteel dat begeleid wordt door de equipes is overleden in het ziekenhuis tegenover 19% van de palliatieve patiënten van de referentiegroep. (Zie ook grafiek 19 p. 86.)
 - 4.3. Op basis van gegevens voor het jaar 2003 (bevraging mutualiteiten) is de **plaats van overlijden van de volledige populatie van palliatieve patiënten** (met palliatief forfait conform de bepalingen van KB 2/12/99) onderzocht. Deze analyse is gebeurd in functie van het **al dan niet attesteren van palliatieve thuisverpleging**. In deze context is er sprake van een overlijden in het ziekenhuis indien een hospitalisatiedag gefactureerd werd op de dag van het overlijden zelf of de dag voordien.
 - 4.4. **56% van de palliatieve patiënten met forfait die thuisverpleegkundige zorg ontvangen, zijn thuis overleden tegenover 45% van palliatieve patiënten met forfait bij wie geen thuisverpleegkundige prestaties geattesteerd worden.**

Slechts 16% van de palliatieve patiënten met forfait die thuisverpleging ontvangen, sterven in het ziekenhuis tegenover 25% van de palliatieve patiënten met forfait die geen thuisverpleging nodig hebben. De restgroep “elders” geeft het aantal overlijdens weer in thuisvervangende woonvormen zoals ROB-RVT, ... (Zie ook grafiek 5 p. 72.)

5. Uit de resultaten van de Riziv-studie van patiënten aan wie in 2003 een **palliatief forfait** (483,39 EUR of 19.500 BEF) uitbetaald is, blijkt dat bij **42%** van die patiënten er **tevens een forfait voor een palliatieve multidisciplinaire equipe** aangerekend is (gewoon forfait of verminderd forfait). De Riziv-studie palliatief forfait heeft betrekking op 8.342 patiënten. Het is inderdaad mogelijk dat de tussenkomst van zo'n multidisciplinaire equipe overbodig is voor sommige palliatieve patiënten.

Een vergelijking tussen het **gebruik van palliatieve thuisverpleging** bij de patiënten gevolgd door de **equipen enerzijds** en de **totale groep van palliatieve patiënten met forfait anderzijds** toont dat bij 75% van het patiënteel van de equipen ook thuisverpleegkundige zorg geattesteerd wordt tegenover 68% bij de referentiegroep. (Zie ook grafiek 19 p. 86.)

6. De **betrokkenheid van huisartsen bij de werking van de equipen** is bestudeerd aan de hand van het aantal huisartsen dat samenwerkt met de multidisciplinaire equipen. Uit deze gegevens blijkt dat **bijna 70%** van de huisartsen die met de equipen samenwerken in de loop van 2002 **slechts één palliatieve patiënt** opgevolgd hebben. Bijna 18,5% van de huisartsen was betrokken bij de opvolging van twee patiënten. In 2002 hebben in totaal 4.011 huisartsen samengewerkt met de equipen voor 5.356 patiënten. (Zie ook p. 19.)

Terzijde dient vermeld te worden dat er in 2002 in totaal 10.432 “eerste” palliatieve forfaits aangevraagd werden en dat er in 2003 een toename is tot 10.710. Al gauw kom je tot de vaststelling dat het aantal aldus gedefinieerde palliatieve patiënten per huisartsenpraktijk zeer klein is. Het is overigens waarschijnlijk dat de **huisarts slechts sporadisch in contact** komt met patiënten die in een palliatieve situatie verkeren. Hiermee dient ook rekening gehouden te worden bij het zorgzaam (her)organiseren van de palliatieve zorg in ons land.

7. Een grondige **studie van de arbeidstijd per equipe**, op basis van de gegevens van de activiteitenverslagen, geeft enkele verrassende resultaten. (Zie ook p. 19-21.) Om het eenmalig Riziv-forfait te mogen aanrekenen dienen **minimaal bepaalde activiteiten** verricht te worden. Tussenkomsten die in aanmerking komen voor het Riziv zijn bijvoorbeeld huisbezoeken bij de patiënt, deelname aan een zorgcoördinatie-vergadering en contacten (eventueel telefonisch) met de eerste-lijn-zorgverleners.

De **gemiddelde arbeidstijd** per voltijds therapeutisch personeelslid (artsen inbegrepen) die besteed wordt aan de **kernactiviteiten** van de equipe **verschilt bijzonder sterk** van equipe tot equipe. Waar de ene equipe per VTE jaarlijks gemiddeld slechts **88 uur** arbeid presteert (van de 1.710 uur die een VTE per jaar moet presteren), is dit voor een andere equipe niet minder dan **1.349 uur**. De activiteiten tussen de equipen onderling verschillen met andere woorden tot een **factor 15**.

Het **gewogen gemiddelde** voor alle equipen samen geeft aan dat per voltijds therapeutisch personeelslid **565 uur** wordt besteed aan (vergoedbare) tussenkomsten voor de in de overeenkomst voorziene kernactiviteiten. In verhouding tot de jaarlijkse werktijd van een voltijdse kracht (1.710 uur), lijkt dit vrij weinig tijd te zijn.

Opmerkelijk is ook dat **15 van de 27** equipen waarvoor deze gegevens beschikbaar zijn zich situeren **onder dit gewogen gemiddelde**

Er is geen voor de hand liggende verklaring waarom sommige equipen hier zeer zwak scoren. Er is wel een sterk vermoeden dat sommige equipen in verhouding (te) veel tijd besteden aan (neven)activiteiten die in de eerste plaats toekomen aan het samenwerkingsverband en onder de verantwoordelijkheid van Volksgezondheid vallen, mogelijks wegens onderbezetting van deze samenwerkingsverbanden.

Het ontstaan en de werking van een multidisciplinaire begeleidingsequipe hangt immers nauw samen met een zogeheten **“samenwerkingsverband”** voor palliatieve zorg, meestal kortweg palliatief netwerk genoemd. Deze samenwerkingsverbanden vallen onder de bevoegdheid van de

FOD Volksgezondheid. De erkenning van zo'n samenwerkingsverband is een bevoegdheid van de **Gemeenschappen**.

De erkenning en financiering van de samenwerkingsverbanden is **geen** bevoegdheid van het RIZIV.

8. Krachtens de huidige overeenkomst met de equipes mag per patiënt slechts eenmaal forfait worden aangerekend. Om dit **forfait (gemiddeld 1.635,71 EUR of 65.956 BEF)** te mogen aanrekenen moet slechts aan vrij minimale voorwaarden worden voldaan. Een **aanpassing van de vergoedingsvoorwaarden**, waarbij meer rekening gehouden wordt met de werkelijke zorggebonden activiteiten ten gunste van een palliatieve patiënt (de wezenlijke opdracht of kernactiviteit van de equipe), lijkt aangewezen aangezien vele equipes in de praktijk relatief weinig tijd lijken te besteden aan de kernactiviteiten opgesomd in de overeenkomst.
9. De **permanente bereikbaarheid** die opgelegd wordt volgens de overeenkomst met de **equipes** lijkt in de praktijk niet zo zwaar te wegen (voor de kleine equipes is dit overigens moeilijk realiseerbaar). Uit de activiteitenverslagen 2002 blijkt immers dat de meeste equipes slechts weinig 's nachts en op zon- en feestdagen tussenkomen: worden ze dan niet opgeroepen of zijn ze niet beschikbaar?

Quid in de thuisverpleging? Daar zijn er trouwens pseudo-codes ingevoerd waarmee cijfermateriaal omtrent onder andere bezoeken 's nachts worden ingezameld. Jammer genoeg geven die pseudo-codes geen valide cijfers.

10. Om op termijn een betere kijk te krijgen op de werking van de multidisciplinaire equipes en de realisatie van hun kernopdracht is een prospectieve **gestandaardiseerde registratie** van de activiteiten van de equipes noodzakelijk.
11. Op basis van een "**verklaring van de huisarts**" wordt het "**palliatief forfait**" toegekend aan terminaal zieke patiënten die minimaal 24 uren en maximaal 3 maanden te leven hebben en die thuis wensen te sterven. (Zie ook p. 24 e.v.)
Het palliatief forfait ter waarde van 483,39 EUR (19.500 BEF) kan maximaal tweemaal aangevraagd worden. De GVVU-tegemoetkoming is bedoeld als extra bijdrage in de kosten voor geneesmiddelen, verzorgingsmiddelen en hulpmiddelen.

Niettegenstaande het **koninklijk besluit van 2 december 1999** eigenlijk beperkte doelstellingen had, is het **artikel 3** van bovenvermeld besluit in de loop der jaren gepromoveerd tot een bepaling die het "**statuut van de palliatieve patiënt**" bevat. Dit palliatief statuut is momenteel de enige instapmodaliteit geworden voor diverse andere maatregelen die genomen zijn om de financiële toegankelijkheid van de palliatieve zorgverlening te verbeteren.

In het kader van het palliatieve zorgbeleid zijn de voorbije jaren diverse nieuwe initiatieven genomen zoals de palliatieve thuisverpleging en de afschaffing van het remgeld voor huisbezoeken bij palliatieve patiënten. De uitvoering van deze maatregelen zit volledig verankerd aan dit zogeheten "statuut van de palliatieve patiënt".

12. Er is onderzoek gedaan naar de **plaats van overlijden** van de populatie van **patiënten mét palliatief forfait** in 2003 in combinatie met het al dan niet attesteren van thuisverpleging. Vertrekkende van de vaststelling dat **bij 68% van deze patiënten met palliatief forfait thuisverpleging geattesteerd** is in 2003 en dat **bij slechts 32% van deze patiënten met palliatief forfait geen thuisverpleging** aangerekend is dat jaar kan besloten worden dat in 2003 **ruim 56% van die (68%) palliatieve patiënten met thuisverpleging ook thuis gestorven zijn, tegenover 45% van de (32%) palliatieve patiënten die dat jaar geen thuisverpleging kregen.** (Zie ook tabel 11 p. 26 en tekst p. 29.)
Het is weliswaar voorbarig van te concluderen dat dit uitsluitend het gevolg is van de introductie van palliatieve zorgprestaties in de nomenclatuur voor thuisverpleging. Er bestaan immers geen gegevens over de plaats van overlijden in de periode voorafgaand aan deze maatregel.
13. De **aanvraag** voor het **palliatief forfait** moet gebeuren "**bij leven**" en laattijdige aanvragen (na overlijden) worden steevast geweigerd zelfs indien deze aanvragen gewettigd lijken en eerder het gevolg zijn van een vergetelheid van de huisarts, die tenslotte moet attesteren aan de adviserend

geneesheer van de mutualiteit dat zijn patiënt in een palliatieve situatie verkeert. Wat indien er bewezen thuiszorgkosten tegenover staan? Zou het niet mogelijk moeten zijn het forfait alsnog aan te vragen indien bepaalde welomschreven voorwaarden vervuld zijn? (Zie ook p. 26.)

Ten einde de doelgroep van terminaal zieke patiënten die thuis wensen te sterven optimaal te bereiken lijkt een goed **gestructureerde briefing van de huisartsen** aangewezen.

In het kader van de administratieve vereenvoudiging kan zelfs overwogen worden het tweede forfait automatisch uit te betalen indien de patiënt nog in leven is na 30 dagen. Maar het risico van terugvordering van onterecht uitbetaalde forfaits is reëel en kan oorzaak zijn van veel ongenoegen. Soms zijn de mutualiteiten inderdaad maar laattijdig op de hoogte van het feit dat de patiënt inmiddels overleden is.

14. Een fundamentele vraag betreft de **periode** die door het **palliatief forfait** gedekt wordt. Die periode belooft momenteel tweemaal één maand.

In 2003 werd het forfait 14.770 maal betaald. In 4.069 gevallen ging het om een tweede betaling. Analyse van de datum van overlijden van deze doelgroep van patiënten met palliatief forfait (cijfers 2003) toont dat in 44% van de gevallen de patiënt gestorven is binnen de dertig dagen en in 56% van de gevallen is hij overleden binnen de zestig dagen na toekenning van het forfait. Dat betekent dat cumulatief **44% van de patiënten langer dan twee maanden leeft** na het toekennen van het palliatief forfait. (Zie ook p. 25.)

Dient in de filosofie van palliatieve zorgen overwogen te worden het forfait meer dan twee keer toe te kennen?

15. Sinds het ontstaan van het palliatief forfait einde 1999 is de waarde ervan onveranderd gebleven en ligt vast op 483,39 EUR (19.500 BEF). Een aanpassing van dit bedrag in functie van de huidige levensduurte lijkt aangewezen, bijvoorbeeld met een vast bedrag of een indexering.

16. Uit de Riziv-studie (gegevens 2003) blijkt dat **27% van de palliatieve thuispatiënten met forfait in de loop van dat jaar niet werd opgenomen in een ziekenhuis** (ook niet in daghospitaisatie). **Daarenboven werd 30% slechts 1 dag opgenomen.** (Zie ook p. 29 en grafiek 4 p. 71.)

Waarom bij meer dan een kwart van de palliatieve patiënten zelfs geen minimale hospitalisatie noodzakelijk geweest is, bijvoorbeeld voor diagnosestelling of oppuntstelling van therapie, is helemaal niet duidelijk, zelfs niet rekening gehouden met de grove statistische benadering.

17. In **2003** werden **maandelijks gemiddeld 1.231 aanvragen voor het "palliatief patiëntenforfait"** ingediend en slechts 27% ervan betreffen een tweede forfaitanvraag. Het aantal aanvragen ligt iets hoger dan in 2002 maar blijft overigens vrij stabiel. Hierbij aansluitend kan de vraag gesteld worden of het "plafond" bereikt is?

Deze stabiliteit van aanvragen voor het palliatief forfait is belangrijk aangezien de patiënten die dat forfait krijgen de potentiële populatie voor de specifieke maatregelen inzake de palliatieve thuisverpleging uitmaken. Aan **68 % van die palliatieve patiënten** met forfait wordt **thuisverpleging** verleend. (Zie ook p. 28-29 en grafiek 1 p. 67.)

In 2003 werden **dagelijks gemiddeld 1.200 palliatieve patiënten** behandeld in het kader van de thuisverpleging.

Uit de cijfergegevens kan worden afgeleid dat **44% van alle palliatieve patiënten met forfait nog in leven zijn 60 dagen na de toekenning van het palliatief forfait. Van de palliatieve patiënten met forfait die thuisverpleging krijgen, is dat 38 %.**

Palliatieve patiënten die verzorgd worden door een thuisverpleegkundige sterven blijkbaar vroeger. Waarschijnlijk is dit te wijten aan het feit dat vooral de heel zwaar zorgbehoevende patiënten beroep doen op thuisverpleging. Voor een adequate beoordeling van deze cijfers is echter meer gedetailleerde informatie nodig.

18. Voor de specifieke vestrekkingen qua **palliatieve thuisverpleging** liggen de **honoraria** per dag 26,44 EUR of 16,78 EUR (1.067 of 677 BEF) hoger dan voor een vergelijkbare verzorging bij niet-palliatieve patiënten. (Zie ook tabel p. 27.)

Bij de start van de specifieke nomenclatuur voor palliatieve thuisverpleging zijn gelijktijdig een aantal **pseudo-codes** ingevoerd die op termijn meer informatie moeten geven over de bijzondere meerwaarde van de palliatieve verpleegkundige thuiszorg.

Via deze pseudo-codes moet informatie verzameld worden over bijkomende handelingen verricht in het kader van de palliatieve thuisverpleging. In principe is de invulling van deze pseudo-codes verplicht maar in de praktijk is de motivatie tot het invullen ervan bijzonder laag.

Verdere opvolging is zeker noodzakelijk.

19. Zesmaandelijks gebeurt een gestructureerde analyse van thuisverpleegkundige prestaties bij palliatieve patiënten. De vaststelling dat **44% van alle patiënten met palliatief forfait nog in leven is 60 dagen na de toekenning van het palliatief forfait** stemt tot nadenken. Enkele patiënten overleven zelfs de periode van **3 maanden** en er worden nog (zeldzame) verpleegkundige prestaties geattesteerd **tot zelfs een jaar** na het toekennen van het palliatief forfait. (Zie ook tabel 9 p. 25, en grafiek p. 68.)

De toekenning van het **palliatief statuut**, op basis van de verklaring van de huisarts, is de enig mogelijke **instapregeling** om achteraf te kunnen genieten van diverse financieel voordelige maatregelen in andere sectoren van de ziekteverzekering. Het besluit van 2 december 1999 heeft aanvankelijk zeker niet die bedoeling gehad. Maar, is dit erg? Zou een andere werkwijze beter resultaat gegeven hebben? (Zie ook deel 2, p. 45.)

Een soort van **uitstapregeling** is nooit voorzien en is in de praktijk eigenlijk ook ondenkbaar. Het feit dat het palliatief statuut onbepikt is in de tijd kan op termijn nochtans leiden tot "inequiteit tussen rechthebbenden" en/of budgettaire vragen voor de betrokken deelsectoren.

20. Gezien de in hoofdzaak oudere leeftijdsstructuur van de palliatieve patiëntenpopulatie is het evident dat een belangrijk deel van de patiënten die palliatieve zorg behoeven resideren in **thuisvervangende woonvormen** zoals Rustoorden voor bejaarden (ROB), Rust- en verzorgingstehuizen (RVT), Psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT) of Initiatieven voor beschut wonen (IBW).

Teneinde in de instellingen ROB-RVT een palliatieve zorgcultuur te ontwikkelen, wordt sinds oktober 2001 een **forfaitaire bijdrage** betaald die bestemd is voor de **financiering van de opleiding** van het verzorgend en verplegend personeel. Het forfait bedraagt in 2004 exact 0,28 EUR (11,3 BEF) (voordien 0,27 EUR) per dag en per opgenomen patiënt met afhankelijkheids categorie B, C en Cd indien de instelling aan bepaalde voorwaarden betreffende de ontwikkeling van de palliatieve zorgcultuur voldoet. (Zie ook hoofdstuk 1, p. 31 e.v.)

De instelling attesteert het aantal uren vorming maar een evaluatie van het vormingsproces zelf ontbreekt. Voortdurend opleiden zonder te kijken naar de outcome, het resultaat op het terrein, met name aan het ziekbed van de palliatieve patiënt, is vanuit het standpunt van de betrokken patiënt niet voldoende.

De multidisciplinaire begeleidingsequipes kunnen wel advies geven inzake palliatieve zorg voor patiënten verblijvend in ROB-RVT-instellingen. Dit is vooral belangrijk voor instellingen die niet voldoen aan de voorwaarden voor toekenning van het forfait van 0,28 EUR, bestemd voor opleiding van personeel.

Hierbij aansluitend dient opgemerkt te worden dat er tot op heden geen bijkomende financiering voorzien is voor de (onvermijdelijk) **meer (tijds)intensieve verzorging** van een palliatieve patiënt.

21. De **reële behoefte aan palliatieve zorg in ROB-RVT** en de informatie tot op het niveau van de patiënt-bewoner is nog onvoldoende gekend om het palliatief zorgbeleid in deze instellingen volledig in kaart te brengen. Meer specifieke **informatiedoorstroming** via de verplichte invulling van de jaarlijkse vragenlijsten is aangewezen.
22. Niettegenstaande ROB- en RVT-instellingen reeds decennia lang beschouwd worden als instellingen voor **"thuisvervangend wonen"** zijn de terminaal zieke en zwaar zorgafhankelijke bewoners die er verblijven volledig **uitgesloten van bepaalde maatregelen** die in het bijzonder voor deze doelgroep in het leven geroepen zijn in de **ambulante sector**. Zoals bijvoorbeeld de afschaffing van het remgeld voor bezoek van de huisarts.

In het **besluit van 2 december 1999** werd het begrip “**thuis**” restrictief gedefinieerd. Het statuut van de palliatieve patiënt, zoals bepaald in dit besluit, is inmiddels de ingangspoort geworden voor andere maatregelen in het kader van de palliatieve verzorging. (Zie ook p. 45.)

23. Sinds begin 2002 zijn een beperkt aantal “**experimentele**” **dagcentra voor palliatieve verzorging** opgestart. De maximale duur van de experimentele fase is vastgelegd op 3 jaar en loopt ten einde op 31 december 2004.

De tussentijdse evaluatie van de dagcentra, die gemaakt is in het kader van dit project, toont enkele verrassende resultaten. De eindevaluatie zal gebeuren aan de hand van de activiteitenverslagen die ten laatste op 30 juni 2004 moeten overgemaakt worden aan het Riziv. (Zie ook p. 36 e.v.)

Uit onderzoek van individuele patiëntendossiers blijkt enerzijds dat er grote verschillen zijn qua **zorgafhankelijkheid**. De zorgafhankelijkheid varieert van categorie O tot A, B of C volgens de meting op de Katz-schaal waarbij categorie O betekent dat de patiënt nog zelfredzaam is (dus niet zorgafhankelijk is met betrekking tot “wassen, kleden, verplaatsen, toilet, incontinentie en eten”) en waarbij categorie C wijst op zware zorgafhankelijkheid. Anderzijds blijkt dat **psychosociale en emotionele ondersteuning** de voornaamste reden tot opname is. De medisch-therapeutische **indicaties** zoals pijn- en symptoomcontrole zijn eerder zeldzaam.

Een analyse van de **leeftijdsstructuur** wijst op een eerder oudere patiëntenpopulatie, de mediaan leeftijd bedraagt 66 jaar. (Zie ook grafiek p. 153.)

24. Bij aanvang van de experimentele fase is een **bezettingsgraad van 80% vooropgesteld**, vanaf dit niveau is een budgettair evenwicht bereikt.

De **globale gemiddelde bezettingsgraad** voor de dagcentra voor palliatieve verzorging bedraagt **17% in 2002 en 26% in 2003**. De berekening is gebeurd aan de hand van de aanwezigheidsregisters voor de jaren 2002 en 2003. (Zie ook p. 40.)

Geen enkel dagcentrum heeft het vooropgestelde criterium van 80% gerealiseerd.

De reële behoefte aan aparte dagcentra voor palliatieve patiënten wordt niet bevestigd door de eerste voorlopige resultaten. Mogelijk speelt de globale structuur van de professionele thuiszorg (arts, verpleging, ...) in België hierin een belangrijke rol.

25. De **afschaffing van het persoonlijk aandeel** (remgeld) voor **bezoek van de huisarts** bij een palliatieve patiënt is mogelijk gemaakt door de invoering van **specifieke nomenclatuurcodes** die uitsluitend betrekking hebben op het bezoek van de huisarts bij een palliatieve patiënt. Deze maatregel heeft haar **doelstelling niet bereikt** want bij maar **ruim éénderde van de doelgroep** van palliatieve patiënten wordt effectief gebruik gemaakt van de specifieke palliatieve codes voor huisbezoeken. (Zie ook p. 42 e.v.)

Vermoedelijk is de maatregel nog **onvoldoende gekend** op het terrein. Een goed gestructureerde briefing van het huisartsenkorps kan ter zake verduidelijking geven. Eerder in dit hoofdstuk (zie punt 13) is de noodzaak van zo'n informatieronde reeds te sprake gebracht.

26. Aan de hand van deze specifieke nomenclatuurcodes voor huisbezoek bij een palliatieve patiënt is gepeild naar de **betrokkenheid van de artsen** bij het palliatief zorgproces.

In 2003 heeft bijna 30% van de huisartsen slechts één keer een bezoek bij een palliatieve patiënt geattesteerd. Ongeveer 8% van alle artsen heeft tweemaal een bezoek afgelegd en ruim 5% heeft driemaal een palliatief huisbezoek aangerekend. (Zie ook p. 43 en grafiek p. 80.)

Ongeveer 78% van de artsen attesteert tussen de 1 en 15 huisbezoeken bij een palliatieve patiënt. Rekening houdend met de resterende levensverwachting van maximaal 3 maanden (cf. KB 2 december 1999) komt dit grosso modo overeen met maximum één huisbezoek per week.

27. Terwijl in dit rapport duidelijke indicaties terug te vinden zijn voor de positieve impact van de thuisverpleging en de kinesitherapie is dit veel minder het geval voor de **rol van de huisarts**.

Wellicht kan hiervoor een verklaring gevonden in een onvolmaakte informatie naar het geneesherenkorps enerzijds en in het feit dat een huisarts in de loop van zijn carrière slechts sporadisch geconfronteerd wordt met de palliatieve thuisproblematiek (zie punt 6 hierboven).

28. Uit deel 2 van het rapport is gebleken dat **op het beleidsvlak nooit een expliciete en formele beslissing is genomen over het “statuut” van de palliatieve patiënt**. De andere maatregelen inzake palliatieve verzorging werden genormeerd afgaand op de regels voor het palliatief forfait zonder dat werd nagegaan of die regels daarvoor wel adequaat waren.

De vraag is of dergelijke beleidsvorming model kan staan voor andere doelgroepen of probleemgebieden dan wel of er van in het begin moet gezocht worden naar definities of concepten waarvan men ab initio nagegaan heeft of ze ook adequaat de verschillende soorten van maatregelen kunnen normeren.

Het GVO-systeem als terugbetalingsstelsel wordt immers geconfronteerd met de beperkingen van zijn eigen technische mogelijkheden, zoals bijvoorbeeld het werken met (partiële) jaarbudgetten per (deel)sector zonder (verplicht) georganiseerd transsectoraal overleg (en dito budget) met gesprekspartners uit verschillende sectoren (artsen, thuisverpleegkundigen, kinesisten, ...) om te zoeken naar adequate maatregelen qua zorgaanbod of toegankelijkheid voor bepaalde patiëntengroepen. Hoe en in welke mate kunnen ook patiëntenverenigingen mee betrokken worden bij een sterk gestructureerd overlegproces?

29. Het **belang van kinesitherapie in de palliatieve zorgverlening** komt aan bod in deel 3 van dit rapport. In dit onderdeel wordt enerzijds verwezen naar het hoofdstuk “physiotherapy” van het “Oxford textbook of palliative medicine” (p. 819-828) en anderzijds zijn gegevens verzameld bij middel van een beknopte literatuurstudie. (Zie ook p. 47 e.v.)

Vertrekkende van deze informatiebronnen wordt aangetoond dat kinesitherapie zeker een positieve impact kan hebben op respiratoir vlak en op het niveau van de pijncontrole en de palliatieve sedatie. Kine-zorg is ook meebepalend voor het behoud van de autonomie en heeft ontegensprekelijk een gunstige invloed op psychosociaal vlak.

Aan de hand van een Riziv-studie is gepeild naar de consumptie van kine-zorg bij palliatieve patiënten. De analyse betreft uitsluitend patiënten die beantwoorden aan de criteria van het koninklijk besluit van 2 december 1999 (en dus het palliatief forfait ontvangen hebben) én die in de loop van 2003 overleden zijn.

Uit de resultaten van die studie blijkt dat in 2003 **bij 53% van de palliatieve patiënten kinesitherapie prestaties** geattesteerd werden, al dan niet in de periode waarin ze als “palliatief” werden beschouwd. Het betreft in 67% van de gevallen verstrekkingen in het kader van de tegemoetkomingscategorie “courante aandoeningen”.

Bij ongeveer een kwart van deze verstrekkingen gebeurt de kine-behandeling aan huis en 64% van de prestaties wordt verricht bij gehospitaliseerde patiënten. (Zie ook p. 49.)

In deze context moet gewezen worden op de vrij hoge remgelden die van toepassing zijn voor ambulante kinesitherapieverstrekkingen (uitgezonderd voor aandoeningen voorkomend op de zogeheten E-lijst). Het persoonlijk aandeel voor kine-verstrekkingen ≤ 18 of ≤ 60 zittingen (bij een geconventioneerde kinesist) ligt in principe tussen 20% en 8,6% voor voorkeursgerechtigden en 40% en 21,8% voor de niet-voorkeursgerechtigden. (Zie ook p. 50.)

Kinesitherapie heeft zoals reeds gesteld een positieve impact op het welbevinden van de patiënt. De vraag blijft open of de nood aan specifieke maatregelen bestaat en wat die dan zouden moeten omvatten.

30. Bij het zoeken naar voor- of nadelen van een (eventuele) **integratie van Dagcentra** voor palliatieve verzorging bij de Centra voor dagverzorging die ressorteren onder de sector ROB-RVT zijn verschillende overwegingen gemaakt.

Ten eerste geeft de **tussentijdse evaluatie** van de dagcentra voor palliatieve verzorging een opvallend zwak resultaat met betrekking tot de bezettingsgraad. Er zijn aanwijzingen dat niet alle opgenomen patiënten een ernstige graad van zorgbehoefendheid hebben en de medisch-therapeutische indicaties worden slechts in een minderheid van de gevallen opgegeven als reden tot opname. (Zie ook punt 23 en 24 hierboven.)

Ten tweede blijkt uit een vergelijkende tabel dat de tussenkomst van de ziekteverzekering sterk verschilt voor beide types van dagcentra. De **forfaitaire tegemoetkoming** varieert van **100 tot 150 EUR** (4.034 tot 6.051 BEF) in de dagcentra voor palliatieve verzorging (sector revalidatie) tot **27 EUR** (1.089 BEF) in de centra voor dagverzorging (sector ROB-RVT). Dit niettegenstaande er vele gelijkenissen zijn op het vlak van zorgzwaarte van het patiënteel van de dagcentra. Er zijn uiteraard ook duidelijke verschillen, bijvoorbeeld inzake het personeelskader. (Zie ook de vergelijkende tabel in bijlage p. 156.)

Ten derde mag niet uit het oog verloren worden dat het globale **aanbod van de professionele thuiszorg in België** rijkelijk uitgebouwd is en zeer goed gestructureerd is. Dit is in tegenstelling met de situatie in Groot-Brittannië waar het thuiszorgaanbod maar zwak uitgebouwd is en waar de dagcentra voor palliatieve verzorging reeds jarenlang een groot succes zijn.

Verder onderzoek naar de voordelen van integratie in de sector ROB-RVT en de praktische uitwerking hiervan is noodzakelijk mede omdat de ontwikkeling van de palliatieve zorgcultuur in deze sector nog in een beginfase zit.

In het rapport wordt alvast gewezen op enkele opportuniteiten zoals een doelgroepgericht beleidsplan gekoppeld aan de voordelen van geografisch spreiding en lokale verankering. Teneinde op het terrein een geïntegreerd en coherent zorgaanbod te verzekeren, moeten parallelle opvangstructuren vermeden worden en is het aangewezen van te werken via een doelgroepgericht en vraaggestuurd beleid.

Sinds 1998 zijn er binnen het Riziv verschillende initiatieven genomen ten bate van de palliatieve thuispatiënt en dit rapport omvat een globale evaluatie van die maatregelen.

In deze context moet bij wijze van slot gewezen worden op een zekere moeilijkheid om de volledige impact van die initiatieven in te schatten bij gebrek aan een historische vergelijkingsbasis op dit moment.

En wat nu met betrekking tot de vraag of de diverse maatregelen inzake palliatieve zorg thuis hun doel hebben bereikt?

Het is waarschijnlijk dat de lezer van dit projectverslag "evaluatie" palliatieve zorg met veel vragen is blijven zitten. Het is de bedoeling van, ter gelegenheid van een **studiedag**, de sector zelf en alle andere betrokkenen met deze vragen te confronteren in de hoop van op de meeste vragen ook (aanwijzingen tot) antwoorden te bekomen.

Desalniettemin is het nu al duidelijk dat in komende maanden of jaren **bijkomend onderzoek** aan de hand van ondubbelzinnige prospectieve registratie zal moeten gebeuren, wil men gedocumenteerd ingaan op vragen naar bijkomende tegemoetkomingen.

BIBLIOGRAFIE

Boeken, artikels, rapporten, ...

Advies inzake dagcentra palliatieve zorgen. Bron : Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorziening. Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, Brussel, 28 september 2000.

Beleidsplan palliatieve zorg. Bron : beleidsnota van de minister van Sociale Zaken, Brussel, 7 september 2000.

Bernard CONTER. *Les soins palliatifs en Belgique.* Bron : Courrier hebdomadaire. Centre de recherche et d'information socio-politiques (Crisp), 1995, n° 1487.

Chantal COUVREUR. *Nouveau défis des soins palliatifs. Philosophie palliative et médecines complémentaires. Préface du Dr Renée Sebag-Lanoë.* Bron : Uitgever : De Boeck Université.

Chris GASTMANS, Kris DIERICKX. *Einde van het Leven.* Bron : Ethiek in witte jas, Deel V, Hoofdstuk 9, Solidair met de onrust. Het ethos van de Palliatieve zorgverlener. Luc ANCKAERT, p. 183-201.

Christiaan DECOSTER, Christine VAN LIEDEKERKE, Jan VAN DE VELDE. *Eerste vooruitgangsrapport met betrekking tot de situatie van de palliatieve zorgverlening in België (voorlopige versie).* Bron : FOD. Volksgezondheid, dd. januari 2003.

Construction d'un modèle de tarification à l'activité de l'hospitalisation à domicile (HAD). Bron : CREDES, Bulletin d'information en économie de la santé, n° 69, juillet 2003.

Derek DOYLE, Geoffrey W. C. HANKS, Neil MacDONALD. *Palliative care.* Bron : Oxford textbook of Palliative Medicine, second edition.

Dossier "Soins palliatifs et accompagnements. Bron : Actualité et dossier en santé publique (adsp 28). Revue trimestrielle du Haut Comité de la santé publique, p. 15-66, septembre 1999.

Eric MORBÉ, Christine VAN LIEDEKERKE, *Euthanasie & palliatieve zorg.* Bron : Uitgever UGA.

Eric MORBÉ, Christine VAN LIEDEKERKE, *Een actuele stand van zaken.* Bron : Euthanasie & palliatieve zorg. UGA - Heule, 2002.

Jean Baptiste GODINOT, *Les équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs. Une première analyse des rapports d'activité de l'année 2002.* Bron : Mémoire de stage Niveau 1, INAMI, Service des soins de santé, novembre 2003.

Indicateurs d'état de santé des patients hospitalisés à domicile (ENHAD 1999-2000). Bron : CREDES, Bulletin d'information en économie de la santé, n° 77, décembre 2003.

Modèle de guide des soins palliatifs : Fondé sur les principes et les normes de pratique nationaux. Bron : Association Canadienne de Soins Palliatifs, mars 2002, www.acsp.net.

Maintien à domicile des patients atteints d'affections neurologiques, Rapport d'étude. Bron : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie de Haute Normandie, groupe de projet n° 5/2001.

Normes de pratique en soins infirmiers palliatifs, Comité des normes en soins palliatifs de l'ACSP. Bron : Association Canadienne de Soins Palliatifs, www.acsp.net.

Katherine BURKE. *Palliative care at home to get further funds if it saves money.* Bron : <http://bmjournals.com>, London, BMJ 2004;328:544 (6 March).

Le coût de prise en charge en hospitalisation à domicile (HAD). Bron : CREDES, Bulletin d'information en économie de la santé, n° 67, juin 2003.

Overeenkomst tussen het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging en (naam van de inrichtende macht) (namens zijn dagcentrum voor palliatieve verzorging). Basistekst. Bron : RIZIV, Dienst voor geneeskundige verzorging.

Overeenkomst tussen het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging en (naam van de inrichtende macht) (namens zijn multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging). Bron : RIZIV, Dienst voor geneeskundige verzorging.

Palliatieve dagcentra. Bron : INAMI, Bulletin d'information 2003/2, 40^e année, p. 157-159.

Palliative day care : what do services do ? Palliative Day Care Project Group (abstract). Bron : Palliative Medicine. 14(4) : 277-86, 2000 Jul.

Palliatieve zorg en medisch begeleid sterven. Bron : Acta Hospitalia, UZ K.U.Leuven, Themanummer 2003/4.

Palliatieve zorg in België. Bron : Gezondheidsbrief. UZ K.U.Leuven, nr. 142, p. 6-7, juli 2003.

Tweede vooruitgangsrapport – ontwerp tekst. Evaluatiecel Palliatieve zorg. Bron : FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, vergadering EPZ, 2 maart 2004.

What is a good death ? Bron : BMJ, n° 7408, 26 july 2003.

Websites :

Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen: <http://www.fedpalzorg.be/wemmel/default.htm>

Fédération Wallonne: <http://new.fwsp.be/>

Site des plates-formes: <http://www.palliatifs.be/>

BIJLAGEN

Bijlage 1 – Algemene inleiding

Projectfiche - PALLIATIEVE ZORG

Dienst(en): coördinatie van verschillende deelaspecten van diensten zoals revalidatie, forfait, remgeld, artsen, verpleging, RVT, juridisch, actuariaat, Sp-bedden, ...

Teamleden: dr. Georges Vereecke: standby-supervisor
Rit Goetschalckx: projectleider
Geert Verscuren
Jean-Baptiste Godinot
Alex Van Bunnan
Luc Maroy
Christine Henry - Marie-Jeanne Servotte
Ugo Beraldin – Patrick Verliefde
Michel Vigneul

Looptijd project: maart – juni 2004

Operationele doelstelling(en)

- Globale evaluatie (met opgave van het aantal bereikte patiënten, of de opzetten gerealiseerd zijn, de begroting en de uitgaven) van al wat in het leven werd geroepen met het oog op de tenlasteneming van de patiënten via het aanbod inzake palliatieve verzorging.
Cf. gezondheidsdialogen – sectorale synthese – Riziv-overeenkomsten
(punt 2.1.3)
- Evaluatie criterium palliatieve patiënt.
- Analyse van de noodzaak of wenselijkheid van bijkomende vergoeding voor kine-verstrekkingen
- Analyse van de noodzaak of wenselijkheid van aparte dagcentra voor P-patiënten vs. integratie van het concept P-dagverzorging in RVT- centra voor dagverzorging.

Werkwijze

1. Globale evaluatie van het aanbod inzake palliatieve verzorging, in het bijzonder wat het ZIV-luik betreft.

Algemeen overzicht (historiek) van P-initiatieven genomen door het Riziv, met vermelding van hun doelstelling, bereikt resultaat, begroting en uitgaven. “Outcome” parameters zijn bijv. het aantal bereikte patiënten via uitbetaling van het P-forfait, via vermindering remgelden,

Omvang van de ZIV-uitgaven voor de verschillende deelaspecten van P-zorg.

Vermelding van de van P-initiatieven genomen door de FOD Volksgezondheid in functie van hun raakpunten met het ZIV-luik, bijv. betreffende de samenwerking tussen een MBE en het regionale “samenwerkingsverband voor P-zorg”. Evaluatie van de werking (financiering) van die raakpunten.

2. Evaluatie van het criterium palliatieve patiënt (cf. KB 02/12/99).

Een patiënt wordt palliatief verklaard bij middel van een “kennisgeving” door de huisarts. De voorwaarden zijn (1) een levensverwachting van minder dan drie maanden en (2) met de intentie van thuis te sterven.

Het palliatief thuiszorgforfait kan slechts 2 keer aangevraagd worden. Van zodra de patiënt echter het P-statuut bekomen heeft, wordt automatisch het recht geopend op andere financiële voordelen (onbeperkt in de tijd), zoals de vermindering van het remgeld voor consultaties van huisartsen of voor verpleegkundige zorgen.

Uit recente cijfergegevens blijkt bijvoorbeeld dat ongeveer 40% van de “palliatieve” patiënten nog in leven is op het einde van de tweede forfaitmaand.

Op het terrein is men zelfs voorstander van een uitbreiding van het forfait naar 3 maanden.

Eenzijds heeft de doelgroep “palliatieve patiënten met P-forfait “ recht op (beperkte) financiële voordelen (ter compensatie van extra uitgaven voor geneesmiddelen, verzorgingsmiddelen en hulpmiddelen die niet in aanmerking komen voor terugbetaling).

Anderzijds zijn er ernstig chronisch zieken met een (versneld) degressief ziekteverloop die in een palliatieve (= niet curatief) situatie terechtkomen, die geen aanspraak kunnen maken op een P-forfait of de hiermee samenhangende vermindering van remgeld. Zij kunnen evenmin aanspraak maken op de voorzieningen zoals “dagcentra palliatieve zorg”.

Evaluatie van het criterium palliatieve patiënt in functie van al dan niet uitbreiding van de doelgroep lijkt aangewezen (palliatief vs. terminaal).

3. Analyse van de noodzaak of wenselijkheid van bijkomende vergoeding voor kine-verstrekkingen

In het kader van de gratuititeit van palliatieve zorgen thuis en vanuit de vaststelling dat kine in zekere mate bijdraagt tot het “welbevinden” van de P-patiënt kan overwogen worden om, voor een welomschreven doelgroep, een extra tussenkomst voor kine-zorgen te voorzien.

Bijvoorbeeld via uitbreiding van het aantal sessies waarvoor een verhoogde tegemoetkoming geldt (cf. kine nomenclatuur, F-lijst-pathologieën) of via een aanvullend forfait.

Bij de hervorming van de nomenclatuur kine (voorjaar 2002) is, niettegenstaande de vraag aan bod gekomen is, geen uitzondering voorzien voor P-patiënten omdat de kine-hervorming vooral gebaseerd is op principes van Evidence Based Medecin.

Palliatieve kine-zorg beantwoordt onvoldoende (of niet) aan EBM-criteria.

4. Analyse van de noodzaak of wenselijkheid van aparte dagcentra voor P-patiënten vs. integratie van het concept P-dagverzorging in RVT-centra voor dagverzorging.

Tijdens de experimentele fase is geopteerd voor aparte dagcentra voor P-verzorging”. Ter gelegenheid van de evaluatie van het experimenteel project zal ook de mogelijkheid van integratie in RVT-centra voor dagverzorging onderzocht worden.

Verwachte resultaten

1. Beleidsperspectief (macroniveau)

- Overzicht van vraag en aanbod inzake P-zorg, waar mogelijk aangevuld met verwijzingen naar de sterke en/of zwakke punten van het huidige systeem.
- Voorstellen doen om de coherentie van bestaande initiatieven te verbeteren en P-zorg beter te integreren in andere vormen van zorgaanbod, in het bijzonder in de thuissituatie.
- Voorstel tot behoud of wijziging (uitbreiding) van het criterium P-patiënten.

2. Cliëntenperspectief (microniveau)

Aan de hand van feedback uit de sector, zowel de palliatieve equipes als de reguliere zorgverstrekkers, voorstellen doen tot bijsturing van regelgeving die patiënten en familie (mantelzorg) maar ook de zorgverleners ten goede komen.

Bij middel van uitbreiding (of verschuiving?) van de doelgroep P-patiënten een grotere groep van patiënten bereiken die ook zwaar zorgbehoevend zijn, die zich in een palliatieve (= niet curatief) situatie bevinden en die thuis willen blijven tot aan hun dood.

3. Organisatieperspectief (mesoniveau)

Voorstellen doen tot wijziging van regelgeving, bijvoorbeeld door wijziging van de overeenkomsten met de centra voor dagverzorging.

Voorstellen doen om de administratieve afhandeling van de vele dossiers te vereenvoudigen en beheerbaar te houden.

4. Financieel perspectief

Cijfergegevens van uitgaven voor P-zorg vs. voorziene (deel)budgetten. Voorstellen voor herallocatie van deelbudget(ten), bijvoorbeeld van P-dagcentra naar RVT-dagcentra.

Schatting maken van ZIV-uitgaven inzake voorstel tot tussenkomst bij vervoerskosten, bij eventuele uitbreiding doelgroep, ...

Planning : stappen – streefdatum

- Initiatievergadering van het projectteam op 3 maart 2004 om 13.15 uur;
- Agenda: bespreking doelstelling project en projectfiche; stappenplan werkzaamheden en teambesprekingen;
- Streefdatum voor het verzamelen van informatie die hoofdzakelijk intern beschikbaar is : medio mei;
- In functie van “evaluatie van het gevoerde beleid door de sector zelf”, de confrontatie aangaan met enerzijds leden van de Federatie Palliatieve Zorg en anderzijds met huisartsen die er rechtstreeks bij betrokken zijn, bijvoorbeeld via de LOK's (nog uit te werken);
- Eindredactie en goedkeuring tekst: tweede helft juni;
- Overmaking aan CGV.

Inzet van mensen en middelen

- Teambespreking (op regelmatig basis) met medewerkers van de verschillende diensten die bij het project betrokken zijn.
- Verdeling van taken in functie van de specifieke competenties van de teamleden en de diensten waartoe zij behoren.
- Coördinatie van taken, verzamelen van informatie- en documentatiemateriaal.

Randvoorwaarden

- Vlotte samenwerking tussen teamleden.
- Beschikbaarheid van teamleden of van dossierhouders in de verschillende diensten.
- De teamleden zijn eveneens de contactpersonen voor hun dienst met het oog op taakverdeling en opvolging.

Bijlage 2 – deel 1, hoofdstuk 1

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 COMITE VAN DE VERZEKERING VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING EN (NAAM VAN DE INRICHTENDE MACHT) (NAMENS ZIJN MULTIDISCIPLINAIRE BEGELEIDINGSEQUIPE VOOR PALLIATIEVE VERZORGING)

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op de artikelen 22, 6^oter, 23, § 3bis en 34, 21^o;

Gelet op het Koninklijk Besluit van 13 oktober 1998 tot bepaling van de minimale criteria waaraan de overeenkomsten tussen de multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging en het Verzekeringscomité ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering moeten voldoen;

Gelet op het Koninklijk Besluit van 19 juni 1997 houdende vaststelling van de normen waaraan een samenwerkingsverband inzake palliatieve zorg moet voldoen om te worden erkend;

Op voorstel van het College van geneesheren-directeurs, ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering ;

Wordt overeengekomen wat volgt, tussen :

enerzijds,

Het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, verder in de tekst aangeduid als "het Verzekeringscomité",

en anderzijds,

(naam van de inrichtende macht: VZW) (namens zijn multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging). De (naam van de VZW) wordt verder in de tekst aangeduid als de "inrichtende macht" en de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging wordt verder in de tekst meestal afgekort tot "de equipe".

VOORWERP VAN DE OVEREENKOMST

Artikel 1. Deze overeenkomst regelt de werking en de financiering van een multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging zoals bedoeld in de artikelen 22, 6^oter, 23 § 3bis en 34, 21^o van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De overeenkomst definieert de doelstellingen en basisopdrachten van de equipe, de patiëntenpopulatie op wie de activiteiten van de equipe zich rechtstreeks of onrechtstreeks richten, de vergoedbare prestaties, de samenstelling van de equipe, de werkingsvoorwaarden van de equipe en het minimaal aantal patiënten dat de equipe moet hebben gevolgd in de periode voor het in werking treden van de overeenkomst.

Voor de rechthebbenden van de verzekering legt de overeenkomst de honoraria en prijzen vast van de rechtstreekse of onrechtstreekse tussenkomsten van de equipe. Voor de partijen die de overeenkomst

afsluiten, regelt de overeenkomst niet alleen de onderlinge betrekkingen en de respectievelijke bevoegdheden, maar ook de betrekkingen met en de bevoegdheden van zowel de Dienst voor geneeskundige verzorging als de verzekeringsinstellingen.

ALGEMEEN KADER

Artikel 1. § 1. De multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging fungeert als equipe tot ondersteuning van een samenwerkingsverband, zoals bedoeld in artikel 11 van het Koninklijk Besluit van 19 juni 1997 houdende vaststelling van de normen waaraan een samenwerkingsverband inzake palliatieve zorg moet voldoen om te worden erkend. Verder in de tekst van deze overeenkomst wordt dergelijk samenwerkingsverband aangeduid als "het samenwerkingsverband".

De equipe heeft tot doel, waar dat nodig is, een aanvullende bijdrage te leveren in de ondersteuning en palliatieve verzorging van terminale patiënten die hun laatste levensfase thuis willen doorbrengen en thuis willen sterven, zodat de verzorging van deze patiënten in het thuismilieu minstens dezelfde kwaliteitsgaranties biedt als de verzorging van dergelijke patiënten in geval van een opname in een ziekenhuis. Hiertoe moet de equipe zelf een zeer grote expertise bezitten omtrent alle aspecten van de palliatieve verzorging (medisch, verpleegkundig, sociaal-relacioneel, psychologisch) en alle problemen die zich daarbij kunnen voordoen.

Om palliatieve patiënten in hun thuismilieu de gewenste optimale verzorging te kunnen aanbieden, geeft de equipe in de eerste plaats adviezen over palliatieve verzorging aan de betrokken verzorgingsverstrekkers van de eerste lijn, die, onder leiding van de huisarts van de patiënt, in ieder geval zelf volledig verantwoordelijk blijven voor de verzorging en begeleiding van hun patiënt.

In overleg met de betrokken verzorgingsverstrekkers van de eerste lijn en met hun toestemming, kan de equipe in sommige gevallen ook zelf bepaalde aspecten van de palliatieve verzorging en begeleiding van een terminale patiënt in zijn thuismilieu op zich nemen.

§ 2. Palliatieve verzorging is het geheel van de zorgverlening aan terminale patiënten waarvan de levensbedreigende ziekte niet langer op curatieve therapieën reageert. Voor die patiënten is de bestrijding van pijn en andere hinderlijke symptomen, alsook de psychologische, sociale en spirituele ondersteuning, van essentieel belang. Het belangrijkste doel van de palliatieve verzorging is de zieke en zijn familie een zo groot mogelijke levenskwaliteit en maximale autonomie te bieden. In die zin bevestigt de palliatieve verzorging het leven en beschouwt ze sterven als een normaal proces, waarbij het belangrijk is dat de patiënt in de best mogelijke omstandigheden kan sterven. Palliatieve verzorging is er derhalve op gericht de kwaliteit van het nog resterende leven te verhogen; het verlengen noch verkorten van het leven is geen doel op zich van de palliatieve verzorging.

§ 3. Terminale patiënten die hun laatste levensfase thuis willen doorbrengen en thuis willen sterven, moeten daarvoor beroep kunnen doen op de door hen gekozen en hen vertrouwde verzorgingsverstrekkers van de eerste lijn, in de eerste plaats de huisarts van de patiënt, die de leiding heeft van de behandeling in het thuismilieu van de patiënt, en de door de patiënt gekozen (dienst van) thuisverpleegkundige(n). Deze verzorgingsverstrekkers, eventueel aangevuld door andere hulpverleners, paramedici en spirituele begeleiders waarop de patiënt beroep wenst te doen (kinesitherapeut, sociaal assistent, apotheker, psycholoog, priester of moreel consulent, vrijwilligers, enz.), staan in voor de noodzakelijke palliatieve verzorging en begeleiding van de patiënt. De multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging heeft hierin slechts een aanvullende rol.

De equipe kan dan ook slechts actief tussenkomen in de palliatieve verzorging in het thuismilieu van de patiënt na voorafgaandelijk overleg met zijn huisarts en de andere betrokken verzorgingsverstrekkers van de eerste lijn.

§ 4. Patiënten van gelijk welk ras, geslacht, leeftijd, religie, levensbeschouwing of seksuele voorkeur moeten voor palliatieve verzorging in aanmerking kunnen komen. De equipe kan dan ook nooit weigeren haar diensten te verlenen aan een palliatieve patiënt of samen te werken met de betrokken verzorgingsverstrekkers en begeleiders van een palliatieve patiënt omwille van het ras, het geslacht, de leeftijd, de religie, de levensbeschouwing of de seksuele voorkeur van de patiënt of de betrokken verzorgingsver-

strekker en begeleider. Indien de equipe in sommige gevallen zou moeten afwijken op welke noden prioritair moet worden ingegaan, mogen overwegingen van deze aard nooit een rol spelen.

In de contacten met palliatieve patiënten, hun familie en omgeving, en de betrokken verzorgingsverstrekkers en begeleiders, zal de equipe, in een geest van pluralisme, steeds uitgaan van het respect voor ieders (religieuze en filosofische) overtuiging en ieders autonomie en nooit stappen zetten om veranderingen op dit vlak te bewerkstelligen.

§ 5. Deze overeenkomst vertrekt van het principe dat een equipe die actief is in een gebied met 200.000 inwoners, kan beschikken over een basisbestaffing van 2,6 voltijdsen en, gelet op die omkadering, in staat is om op jaarbasis minstens 100 palliatieve patiënten te begeleiden.

Een equipe die actief is in een gebied dat meer inwoners telt, kan opteren voor een grotere personeelsomkadering, mits voormeld minimum aantal palliatieve patiënten dat op jaarbasis kan worden begeleid, evenredig wordt verhoogd met het personeelskader. Uitgaande van voormelde basisbestaffing van 2,6 voltijdsen voor een equipe die actief is in een gebied met 200.000 inwoners, kan het werkelijke personeelskader van een equipe echter nooit groter zijn dan de omkadering waarop de equipe op basis van het aantal inwoners van het gebied waarin ze actief is, proportioneel aanspraak kan maken.

§ 6. Per erkend samenwerkingsverband komt normaliter slechts één equipe voor het sluiten van deze overeenkomst in aanmerking.

Indien een erkend samenwerkingsverband een gebied bestrijkt waarvan het aantal inwoners een veelvoud is van 200.000, kunnen eventueel echter meerdere equipes die door het samenwerkingsverband zijn erkend als ondersteuningsequipe van het samenwerkingsverband, voor het sluiten van deze overeenkomst in aanmerking komen. Per samenwerkingsverband komen evenwel niet meer equipes voor een overeenkomst in aanmerking dan het naar beneden toe afgeronde resultaat van de deling van het aantal inwoners van het gebied dat het samenwerkingsverband bestrijkt (= het deeltal) door 200.000 (= de deler).

Indien een erkend samenwerkingsverband over meerdere equipes beschikt, kan de totale personeelsomkadering van al deze equipes samen nooit meer bedragen dan de personeelsomkadering waarop één enkele equipe, krachtens de bepalingen van § 5, recht zou hebben, gelet op het inwonersaantal van het gebied waarin het samenwerkingsverband actief is.

Indien een equipe van een samenwerkingsverband dat over meerdere ondersteuningsequipes beschikt, over een onevenredig grote personeelsomkadering wenst te beschikken (in vergelijking met de personeelsomkadering van de andere equipes van datzelfde samenwerkingsverband en met de maximale totale personeelsomkadering van het samenwerkingsverband), moet die equipe daarvoor de expliciete toestemming hebben van het samenwerkingsverband en van de andere ondersteuningsequipes van het betrokken samenwerkingsverband.

VOORWAARDEN WAARAAN EEN EQUIPE MOET BEANTWOORDEN OM VOOR DEZE OVEREENKOMST IN AANMERKING TE KOMEN

Artikel 2. Om in aanmerking te komen voor het sluiten van deze overeenkomst, dient een multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging ingeschakeld te zijn in een op basis van het Koninklijk Besluit van 19 juni 1997 erkend samenwerkingsverband inzake palliatieve zorg en fungeren als de in artikel 11 van dat Koninklijk Besluit bedoelde equipe tot ondersteuning van een samenwerkingsverband.

Daarenboven komen voor het sluiten van deze overeenkomst alleen equipes in aanmerking die, vóór het sluiten van deze overeenkomst, reeds minimum drie maanden effectief gefunctioneerd hebben, in de zin van artikel 2 van deze overeenkomst, als multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging in het thuismilieu en die in die periode een wezenlijke bijdrage hebben geleverd in de palliatieve verzorging van minstens 25 palliatieve patiënten. Indien een equipe reeds langer dan 3 maanden heeft gefunctioneerd, moet ze gemiddeld 25 patiënten per trimester hebben gevolgd. Gemotiveerde afwijkingen op geografische basis zijn mogelijk.

BEOOGDE POPULATIE

Artikel 3. § 1. De tussenkomsten van de equipe, of het nu rechtstreekse tussenkomsten in de verzorging en begeleiding van een patiënt betreft of onrechtstreekse tussenkomsten door advies te geven aan de verstrekkers die een bepaalde patiënt verzorgen, dienen steeds gericht te zijn op palliatieve patiënten.

Kunnen als palliatieve patiënten worden beschouwd: terminaal zieke patiënten die aan een ongeneeslijke ziekte lijden en die bovendien aan de volgende voorwaarden beantwoorden:

- de algemene gezondheidstoestand dient eerder slecht te zijn; de patiënt zal dan ook meestal afhankelijk zijn van derden voor wat de handelingen van het dagelijks leven betreft;
- elke niet-louter-symptomatische behandeling van de patiënt is overbodig;
- er wordt geen voorzienbare remissie van de patiënt verwacht;
- de verzorging van de patiënt vergt een belangrijke tijdsintensieve en volgehouden inzet van verzorgend personeel met een specifieke bekwaaming (algemeen geneeskundige, verpleegkundigen, enz.) en in sommige gevallen ook aangepaste technische middelen.

§ 2. De tussenkomsten van de equipe richten zich uitsluitend op palliatieve patiënten die hun laatste levensfase in hun thuismilieu willen doorbrengen en daar willen sterven.

Dit betekent echter niet dat de patiënt noodzakelijk in de eigen woonplaats dient te verblijven. Ook patiënten die bij familie of vrienden verblijven komen in aanmerking voor de rechtstreekse of onrechtstreekse tussenkomsten van de equipe.

De equipe kan in het kader van deze overeenkomst ook advies geven met betrekking tot de palliatieve verzorging aan verzorgingsverstrekkers die instaan voor de verzorging en begeleiding van patiënten die in een rustoord voor bejaarden, een rust- en verzorgingstehuis, een psychiatrisch verzorgingstehuis, een project voor beschut wonen of gelijk welke andere erkende huisvestingsinrichting verblijven.

De tussenkomsten van de equipe richten zich evenwel niet op patiënten die in een ziekenhuis verblijven en daar hun laatste levensfase doorbrengen. Onverminderd de bepalingen van artikel 2 § 3, kan de equipe echter wel overleg plegen met de geneesheren-specialisten en paramedici van het ziekenhuis met het oog op het ontslag van een palliatieve patiënt uit het ziekenhuis of in geval van een kortstondige ziekenhuisopname van een palliatieve patiënt omwille van een welbepaald motief (bv. een heilkundige ingreep om de pijn van de patiënt te verminderen). In dergelijke gevallen kan de equipe de palliatieve patiënt ook moreel en psychologisch ondersteunen in het ziekenhuis, in samenwerking met de palliatieve functie van het ziekenhuis.

§ 3. De periode tijdens welke een palliatieve patiënt door de equipe (rechtstreeks of onrechtstreeks) ondersteund wordt, bedraagt gemiddeld (op jaarbasis) één maand.

BASISOPDRACHTEN VAN DE EQUIPE

Artikel 4. § 1. Om palliatieve patiënten die hun laatste levensfase thuis willen doorbrengen en thuis willen sterven, zo kwalitatief mogelijk te kunnen verzorgen en begeleiden, dient de equipe minstens de volgende diensten aan te bieden aan de betrokken verzorgingsverstrekkers die hierop beroep willen doen:

- a) overleg plegen met de betrokken verzorgingsverstrekkers en hen advies geven over alle aspecten van de palliatieve verzorging, zoals bv.:
 - pijnbehandeling;
 - bestrijding van allerlei kwalen (nausea, anorexie, slikstoornissen, diarree, constipatie, incontinentie, urineretentie, ademnood, hoest, doodsuretel, decubitus, mondhygiëne, enz.);
 - gebruik van allerlei gespecialiseerd hulpmateriaal (pijnpomp, spuitaanrijver, onderhuids geneesmiddelenreservoir, enz.) en informatie over de mogelijkheden om het aan te kopen of te ontlenen (de "palliatieve kits" die in sommige streken beschikbaar zijn);
 - psychologische en morele ondersteuning van de patiënt en zijn omgeving (ingaan op en omgaan met bepaalde emoties, angst en depressie, enz.);
 - informatie geven aan de patiënt en zijn omgeving over diagnose, behandeling en prognose.

Daartoe moet de equipe een permanente bereikbaarheid (24 uur op 24, 7 dagen op 7) verzekeren, via telefoon of GSM, voor de verzorgingsverstrekkers van de eerste lijn die betrokken zijn bij de verzorging van een palliatieve patiënt in zijn thuismilieu, tenminste als het een patiënt betreft wiens verzorgingsproblematiek reeds eerder ter sprake kwam in contacten tussen de equipe en de verzorgingsverstrekkers van de eerste lijn. Via deze telefonische permanentie moeten de betrokken verzorgingsverstrekkers van de eerste lijn steeds de nodige adviezen kunnen krijgen met betrekking tot onverwachte en dringende problemen die zich stellen bij de verzorging van een palliatieve patiënt. Indien een betrokken verzorgingsverstrekker van de eerste lijn er niet in slaagt het probleem zelf in het thuismilieu van de palliatieve patiënt op te lossen, zal een lid van de equipe op vraag van de betrokken verzorgingsverstrekker van de eerste lijn ter plaatse gaan om samen met hem naar een oplossing te zoeken.

b) een goede organisatie en coördinatie van de palliatieve verzorging in het thuismilieu van de patiënt bewerkstelligen.

Dit kan onder meer het volgende inhouden:

- afspraken maken met de huisarts van de patiënt, die de leiding heeft van de behandeling in het thuismilieu van de patiënt;
- afspraken maken met de andere thuisverzorgers van de eerste lijn waarop de patiënt beroep wenst te doen: (diensten van) thuisverpleegkundige(n), kinesitherapeuten,...;
- afspraken maken met de omgeving van de patiënt (partner, familie, vrienden, burens,...) over de noodzakelijke mantelzorg;
- afspraken maken met andere personen en diensten die voor ondersteuning kunnen zorgen: gezins- en bejaardenhulp, sociale diensten, O.C.M.W., vertegenwoordigers van diverse geloofsovertuigingen, morele consulenten, psycholoog,...;
- afspraken maken met de door de patiënt gekozen apotheker;
- ervoor waken dat het noodzakelijke hulpmateriaal voor de verzorging tijdig aanwezig is in het thuismilieu van de patiënt;
- organisatie van en deelname aan vergaderingen met al wie betrokken is bij de zorg om een specifieke patiënt;
- afspraken maken met geneesheren-specialisten en ziekenhuizen, bv. met het oog op een ontslag van een patiënt uit het ziekenhuis of met het oog op een noodzakelijk onderzoek of een noodzakelijke ingreep (dikwijls in het kader van symptoombestrijding).

c) psychologische en morele ondersteuning verlenen aan de betrokken verzorgingsverstrekkers van de eerste lijn.

§ 2. In overleg met de huisarts van de patiënt, kan de equipe zelf in het thuismilieu van de patiënt bepaalde aspecten van de palliatieve verzorging op zich nemen, waar dat wenselijk is.

Bij haar eventuele tussenkomsten in het thuismilieu van de patiënt, zal de equipe ervoor waken dat deze zo beperkt mogelijk zijn. De equipe mag derhalve geen taken op zich nemen die de betrokken verzorgingsverstrekkers van de eerste lijn ook zelf kunnen vervullen. Indien de betrokken verzorgingsverstrekkers van de eerste lijn dat wensen, dient de equipe haar tussenkomsten in het thuismilieu gezamenlijk te verrichten met de betrokken verzorgingsverstrekkers van de eerste lijn (gelijktijdige aanwezigheid in het thuismilieu van de patiënt van een lid van de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging en van één of meerdere van de betrokken verzorgingsverstrekkers van de eerste lijn), zodat de equipe haar specifieke kennis en vaardigheden kan delen met en overdragen aan de betrokken verzorgingsverstrekkers van de eerste lijn, die hierdoor in staat worden gesteld hun patiënt verder zo zelfstandig mogelijk palliatief te verzorgen en begeleiden.

§ 3. De in § 1 en § 2 vermelde activiteiten kunnen worden beschouwd als de kernactiviteiten van de equipe.

Daarnaast kan de equipe evenwel ook nog andere activiteiten ontplooiën die de kwaliteit van de palliatieve verzorging onrechtstreeks ten goede komen. Het betreft onder meer:

- de praktische opleiding en begeleiding van vrijwilligers die bepaalde taken in het kader van de palliatieve verzorging op zich nemen, zoals bv.: bij de zieke waken om de familie te ontlasten; nachtopvang; emotionele ondersteuning van de patiënt en zijn omgeving; rouwbegeleiding na het overlijden van de patiënt;

- telefonische opvang van en informatie over bepaalde aspecten van palliatieve verzorging aan palliatieve patiënten en hun omgeving.

DE EQUIPE

Artikel 5. § 1. De samenstelling van de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging, waarvan de totale omvang - rekening gehouden met de bepalingen van artikel 2, §§ 5 en 6 en met de door de equipe zelf gemaakte keuzen terzake - in bijlage I bij deze overeenkomst wordt vermeld, dient steeds aan de volgende voorwaarden te beantwoorden:

- minimum 3% en maximum 6% van de totale werkelijke personeelsomkadering van de equipe, met een minimum van 4 uur per week, dient te worden ingevuld door een huisarts;
- minimum twee derden van de totale werkelijke personeelsomkadering van de equipe, met een minimum van 2 voltijds equivalent verpleegkundigen, dient te worden ingevuld door verpleegkundigen (A 1 of A 2);
- minimum 10% en maximum 20% van de totale werkelijke personeelsomkadering van de equipe, dient te worden ingevuld door administratief personeel.

Naast het bovenvermelde personeel en mits naleving van de bovenvermelde voorwaarden, kunnen ook licenciaten in de psychologie, kinesitherapeuten, maatschappelijk assistenten en assistenten in de psychologie deel uitmaken van de personeelsomkadering van een equipe. Ook personeel met een andere hoger-onderwijsopleiding kan eventueel deel uitmaken van de personeelsomkadering van de equipe, mits expliciete goedkeuring van het College van geneesheren-directeurs.

Het komt aan de inrichtende macht van de equipe toe de samenstelling van het personeelskader van de equipe te bepalen, rekening houdende met de hierboven vermelde voorwaarden. De keuzen die de inrichtende macht op dat vlak gemaakt heeft, zijn terug te vinden in de personeelstabel die zich in bijlage I bevindt.

Indien de inrichtende macht later, naar aanleiding van de vervanging van een personeelslid, wenst af te wijken van de eerder gemaakte keuzen met betrekking tot de kwalificaties van het personeel, kan de overeenkomst onder de in artikel 19 beschreven voorwaarden worden herzien.

§ 2. Om als huisarts deel te kunnen uitmaken van de equipe, dient men met betrekking tot de palliatieve verzorging een specifieke theoretische opleiding van minstens 80 uur gevolgd te hebben, waarin al de in artikel 5, § 1 genoemde aspecten van palliatieve verzorging aan bod komen. Daarenboven dient men een stage doorlopen te hebben van minstens 192 uren in een erkende palliatieve ziekenhuiseenheid of dient men reeds zo lang effectief gewerkt te hebben in een multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging die zich richt op palliatieve verzorging in het thuismilieu van de patiënt.

De huisarts die deel uitmaakt van de equipe, dient ieder jaar minstens 20 uur specifieke bijscholing te volgen waarin bepaalde aspecten van de palliatieve verzorging worden uitgediept en waarin tevens ingegaan wordt op nieuwe ontwikkelingen en technieken.

§ 3. Om als verpleegkundige deel te kunnen uitmaken van de equipe, dient men met betrekking tot de palliatieve verzorging een specifieke theoretische opleiding van minstens 140 uur gevolgd te hebben, waarin al de in artikel 5, § 1 genoemde aspecten van palliatieve verzorging aan bod komen. Daarenboven dient men een stage doorlopen te hebben van volle 12 weken (456 uren) in een erkende palliatieve ziekenhuiseenheid of dient men reeds 1 jaar voltijds gewerkt te hebben in een multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging die zich richt op palliatieve verzorging in het thuismilieu van de patiënt.

Een verpleegkundige die deel uitmaakt van de equipe, dient ieder jaar minstens 40 uur specifieke bijscholing te volgen waarin bepaalde aspecten van de palliatieve verzorging worden uitgediept en waarin tevens ingegaan wordt op nieuwe ontwikkelingen en technieken.

DE VERZEKERINGSTEGEMOETKOMING

Artikel 6. § 1. Per rechthebbende waarvoor de equipe een belangrijke (rechtstreekse of onrechtstreekse) bijdrage heeft geleverd in de palliatieve verzorging in het thuismilieu, kan de equipe eenmalig een forfaitair bedrag aan de verzekeringsinstelling van de rechthebbende aanrekenen.

Dat forfaitair bedrag dekt alle rechtstreekse en onrechtstreekse tussenkomsten van de equipe voor die palliatieve patiënt, evenals alle werkingskosten die daar rechtstreeks of onrechtstreeks mee samenhangen (huisvestingskosten van de equipe, kosten van vorming van de equipe, verplaatsingskosten, telefoon en GSM, administratiekosten van de equipe, enz.). Het dekt ook de kostprijs van de in artikel 5, § 3 vermelde algemene activiteiten van de equipe die geen rechtstreeks verband houden met de palliatieve verzorging van één bepaalde patiënt.

§ 2. De equipe verbindt zich er toe voor zijn tussenkomsten in de palliatieve verzorging van een patiënt, geen enkele vergoeding aan te rekenen, noch aan de betrokken verzorgingsverstrekkers en begeleiders, aan wie de equipe advies heeft gegeven, noch aan de patiënt en zijn omgeving.

De equipe verbindt zich er eveneens toe de eventuele verstrekkingen die opgenomen zijn in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen en die door de equipe zouden worden verleend aan een palliatieve patiënt of zijn omgeving, evenmin aan te rekenen, noch aan de rechthebbende, noch aan de verzekeringsinstellingen.

Indien de geneesheer die deel uitmaakt van de equipe toevallig zelf de huisarts is van een palliatieve patiënt, kunnen de door deze geneesheer verleende verstrekkingen echter wel worden aangerekend aan de patiënt en kunnen deze ook worden vergoed door de verzekeringsinstellingen volgens de voorwaarden van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen. In dergelijk geval verbindt de equipe zich er echter toe om voor haar eventuele tussenkomsten voor deze palliatieve patiënt en zijn omgeving, noch het in § 1 bedoelde forfaitair bedrag aan te rekenen, noch enige andere vergoeding.

§ 3. Het in § 1 bedoelde forfaitair bedrag kan slechts één keer per palliatieve patiënt worden aangerekend.

Indien voor een bepaalde patiënt het bedoelde forfaitair bedrag reeds is aangerekend geweest, kan dit nooit meer opnieuw worden aangerekend, ook niet in een volgend kalenderjaar, in het geval dat een patiënt opnieuw nood zou hebben aan palliatieve verzorging nadat zich een onverwachte remissie heeft voorgedaan, in het geval dat de palliatieve verzorging van een patiënt zou worden opgevolgd door een andere multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging, bv. na een feitelijke verhuizing van de patiënt, of in het geval dat de begeleidingsperiode zich uitstrekt over twee kalenderjaren.

In dergelijke gevallen dient de equipe die het bedoelde forfaitair bedrag heeft aangerekend, ervoor te waken dat de patiënt toch nog de noodzakelijke palliatieve verzorging krijgt. Daartoe zal de equipe ofwel zelf de palliatieve verzorging blijven op zich nemen, ofwel afspraken maken met een andere equipe en minstens 75% van het in artikel 9, § 1 vastgestelde bedrag aan die andere equipe overmaken.

§ 4. Het niet naleven van de bepalingen van dit artikel wordt als een motief voor het opzeggen van de overeenkomst beschouwd.

Artikel 7. § 1. Om voor een bepaalde palliatieve patiënt het in artikel 7 § 1 bedoelde eenmalig forfaitair bedrag te mogen aanrekenen, dient de equipe een wezenlijke rechtstreekse of onrechtstreekse bijdrage in de palliatieve verzorging van die patiënt te hebben geleverd.

De indicatie tot die bijdrage van de equipe dient in overleg met de huisarts van de patiënt te worden vastgesteld. Hiertoe stelt de huisarts van de patiënt een attest op.

De huisarts van de patiënt bezorgt dit door hem gedateerde en ondertekende attest aan de equipe, die dit voorschrift zal bewaren in het in artikel 12 bedoelde individueel dossier van de patiënt.

Het opmaken van een voorschrift door de huisarts van de patiënt ontslaat de equipe niet van haar verantwoordelijkheid om zelf na te gaan of een patiënt kan worden beschouwd als een palliatieve patiënt zoals beoogd in artikel 4 van deze overeenkomst.

§ 2. Om van een wezenlijke bijdrage in de palliatieve verzorging van een patiënt in zijn thuismilieu te kunnen spreken, is het noodzakelijk dat de equipe in het kader van haar persoonlijke (eventueel telefonische) contacten met de verschillende betrokken verzorgingsverstrekkers, het contactpunt waarlangs ze 24 uur/24, 7 dagen op 7, kan worden bereikt, expliciet heeft meegedeeld aan de huisarts van de patiënt en/of de thuisverpleegkundige(n) en eventueel ook aan de naaste omgeving van de patiënt.

§ 3. De door de equipe in de palliatieve verzorging van een patiënt geïnvesteerde arbeidstijd kan zeer sterk verschillen van patiënt tot patiënt, afhankelijk van de toestand van de patiënt en de concrete behoeften van de betrokken verzorgingsverstrekkers van de eerste lijn. De in deze paragraaf gepreciseerde voorwaarden voor de vergoeding van de tussenkomsten van de equipe mogen dan ook niet beschouwd worden als de normaliter door de equipe verrichte tussenkomsten voor de palliatieve verzorging van een patiënt, maar dienen beschouwd te worden als de minimale tussenkomsten die de equipe dient verricht te hebben om van een wezenlijke bijdrage in de palliatieve verzorging te kunnen spreken.

Om voor een bepaalde patiënt het in artikel 7 § 1 bedoelde eenmalig forfaitair bedrag te mogen aanrekenen, dienen de effectieve tussenkomsten van de equipe met betrekking tot de palliatieve verzorging van die patiënt onder minstens één van de volgende drie rubrieken te vallen:

- a) (een lid van) de equipe heeft één of meerdere bezoeken gebracht aan de patiënt in zijn thuismilieu. Indien het slechts gaat om één bezoek in het thuismilieu van de patiënt, dient dit bezoek minimum 2 uur geduurd te hebben (2 uur aanwezigheid in het thuismilieu, verplaatsingstijd niet meegerekend) of 's nachts (tussen 22 uur en 7 uur) of tijdens een zondag of (wettelijke) feestdag te hebben plaatsgevonden. Indien het meerdere bezoeken betreft, waarvan geen enkel bezoek op zich minimum 2 uur duurde of 's nachts of tijdens een zondag of (wettelijke) feestdag plaatsvond, dient de totale duur van de bezoektijd minstens 4 uur te bedragen.
- b) (een lid van) de equipe heeft deelgenomen aan minstens één vergadering die verschillende personen die betrokken zijn bij de palliatieve zorgverlening thuis van één patiënt samenbracht. Deze vergadering had tot doel de palliatieve verzorging van die patiënt in zijn thuismilieu praktisch te organiseren en/of bepaalde problemen die zich stellen met betrekking tot de palliatieve verzorging van die patiënt uit te diepen en er een oplossing voor te zoeken. Onder de deelnemers aan die vergadering bevonden zich minstens de huisarts van de patiënt en de thuisverpleegkundige(n).
- c) (een lid van) de equipe heeft minstens 4 (eventueel telefonische) contacten gehad met bij de palliatieve verzorging in het thuismilieu betrokken verzorgingsverstrekkers van de eerste lijn, onder wie de huisarts van de patiënt. Minstens twee van die contacten zijn tot stand gekomen op initiatief van de betrokken verzorgingsverstrekkers van de eerste lijn. Van ieder contact met paramedici geeft de equipe feedback naar de huisarts van de patiënt.

§ 4. De equipe verbindt zich er toe om, in de geest van de in deze overeenkomst vooropgestelde doelstellingen en opdrachten van de equipe, zijn tussenkomsten niet te beperken tot de in § 3 vooropgestelde minimale criteria voor vergoedbaarheid maar, in overleg met de betrokken verzorgingsverstrekkers van de eerste lijn en afhankelijk van de concrete behoeften die zich stellen, zijn doelstellingen en opdrachten maximaal waar te maken.

§ 5. Indien voor een palliatieve patiënt voldaan is aan de voorwaarden van § 1, § 2, § 3 en § 4 van dit artikel, is het in artikel 7, § 1 bedoelde eenmalig forfaitair bedrag voor die rechthebbende verschuldigd.

Het aantal patiënten waarvoor het eenmalig forfaitair bedrag wordt aangerekend en die wat de toepassing van § 3 betreft, louter beantwoorden aan voorwaarde c, mag echter op jaarbasis in geen geval hoger liggen dan ... *(50 voor een equipe van 2,6 voltijdsen; proportioneel aan te passen in functie van de omvang van de equipe)*. De inrichtende macht verbindt zich er toe per jaar voor niet meer dan ... patiënten *(50 voor een equipe van 2,6 voltijdsen; proportioneel aan te passen in functie van de omvang van de equipe)* die met betrekking tot § 3 louter beantwoorden aan voorwaarde c, het eenmalig forfaitair bedrag aan te rekenen.

Artikel 8. § 1. Het in artikel 7 § 1 bedoelde eenmalig forfaitair bedrag wordt vastgesteld op ... euro, rekening houdende met de loonkost en de werkingskosten die zijn vermeld in bijlage I bij deze overeenkomst.

De in die bijlage vermelde loonkost van de equipe werd bepaald volgens de regels vooropgesteld in artikel 18 en 19 van deze overeenkomst. Voor de toepassing van de bepalingen van § 2 behoort de volledige loonkost tot het indexeerbaar gedeelte.

Hieraan werd een bedrag toegevoegd om de werkingskosten van de equipe te dekken. Die werkingskosten worden forfaitair geraamd op ... euro, waarvan ... euro indexeerbaar en ... frank niet-indexeerbaar (investeringsuitgaven en inrestlasten, onder meer om de normale facturatievertraging te dekken) *(23.858 euro werkingskosten voor een equipe van 2,6 voltijdsen, waarvan 16.421 euro indexeerbaar en 7.437 euro niet-indexeerbaar; het basisbedrag van 23.858 euro wordt proportioneel aangepast in functie van de omvang van de equipe).*

Het eerder vermelde eenmalig forfaitair bedrag wordt bekomen door het totaal van de loonkost en de werkingskosten te delen door ... *(100 voor een equipe van 2,6 voltijdsen; proportioneel aan te passen in functie van de omvang van de equipe)*, wat beschouwd wordt als het minimum aantal patiënten dat de equipe jaarlijks kan volgen, gelet op de in bijlage I vermelde werkelijke omvang van de equipe.

§ 2. Het indexeerbaar gedeelte van het in § 1 vastgestelde eenmalig forfaitair bedrag, wordt gekoppeld aan het spilindexcijfer 111,64 (juni 2003) van de consumptieprijzen. Dat indexeerbaar gedeelte, waarvan de hoegrootheid wordt vermeld in de bijlage bij deze overeenkomst, wordt aangepast volgens de bepalingen van de wet van 1 maart 1977 houdende inrichting van een stelsel waarbij sommige uitgaven in de overheidssector aan het indexcijfer van de consumptieprijzen van het Rijk worden gekoppeld.

Artikel 9. § 1. Het in artikel 9 vastgestelde bedrag werd berekend in de veronderstelling dat de equipe jaarlijks voor minimum ... palliatieve patiënten *(100 voor een equipe van 2,6 voltijdsen; proportioneel aan te passen in functie van de omvang van de equipe)* een wezenlijke bijdrage in de palliatieve verzorging in het thuismilieu kan leveren.

Het in artikel 9 vastgestelde bedrag kan dan ook slechts ... keer *(cf. het in de vorige alinea vermelde aantal)* per kalenderjaar worden aangerekend aan al de verzekeringsinstellingen samen. De equipe verbindt zich er toe het in artikel 9 vastgestelde eenmalig forfaitair bedrag nooit meer dan ... keer *(zelfde aantal als hierboven)* per kalenderjaar aan te rekenen aan al de verzekeringsinstellingen samen.

§ 2. Indien de equipe in een bepaald jaar voor meer dan ... palliatieve patiënten een wezenlijke bijdrage heeft geleverd in de palliatieve verzorging in het thuismilieu, kan de equipe voor de patiënten die het aantal van ... overschrijden, onder bepaalde voorwaarden toch nog een beperkte kostenvergoeding aan de verzekeringsinstellingen aanrekenen *(zelfde aantallen als hierboven)*.

Dit verminderd forfaitair bedrag heeft net als het in artikel 9 vastgestelde bedrag een eenmalig karakter: de bepalingen van artikel 7 § 3 zijn dus ook op dit verminderd forfaitair bedrag van toepassing. Voor eenzelfde patiënt kan het in artikel 9 vastgestelde eenmalig forfaitair bedrag en het verminderd forfaitair bedrag nooit worden gecumuleerd.

Het verminderd forfaitair bedrag wordt vastgesteld op 136,84 euro. Het beoogt de bijkomende werkingskosten te dekken die iedere bijkomende patiënt voor de equipe met zich meebrengt; daarnaast geeft dit bedrag de inrichtende macht ook de mogelijkheid een kleine financiële reserve op te bouwen waarmee onverwachte uitgaven en eventuele financiële verliezen kunnen worden gedekt. Dit bedrag van 136,84 euro wordt geacht volledig indexeerbaar te zijn. Het wordt gekoppeld aan het spilindexcijfer 111,64 (juni 2003) en aangepast volgens de bepalingen van de in artikel 9 § 2 genoemde wet.

Om voor een bepaalde palliatieve patiënt dit bedrag van 136,84 euro te kunnen aanrekenen, dient de bijdrage van de equipe in de palliatieve verzorging in het thuismilieu van die patiënt te beantwoorden aan de voorwaarden van artikel 8, § 1, § 2 en § 4 en van artikel 8, § 3, a) en/of b).

De equipe verbindt zich ertoe het verminderd forfaitair bedrag van 136,84 euro, per kalenderjaar, aan alle verzekeringsinstellingen samen, niet meer dan ... maal *(50 voor een equipe van 2,6 voltijdsen = de helft van het eerder vermelde minimaal aantal patiënten dat de equipe jaarlijks zou moeten bereiken; proportioneel aan te passen in functie van de werkelijke omvang van de equipe)* aan te rekenen.

§ 3. Indien deze overeenkomst slechts tijdens een gedeelte van een bepaald kalenderjaar zou van kracht zijn (bv. tengevolge van het opzeggen van de overeenkomst, conform de bepalingen van artikel 26 van

deze overeenkomst), dient voor dat kalenderjaar het in dit artikel vastgestelde aantal keren dat de voorziene forfaits kunnen aangerekend worden (... maal het in artikel 9 vastgestelde eenmalig forfaitair bedrag en ... maal het verminderd forfait van 136,84 euro) (*cf. de reeds eerder vermelde aantallen*) evenredig verminderd te worden, rekening houdend met de toepassingstermijn van deze overeenkomst in dat kalenderjaar. Ook het in artikel 8, § 5 vermelde aantal van maximum ... vergoedbare prestaties per jaar die met betrekking tot de toepassing van artikel 8, § 3 louter aan voorwaarde c beantwoorden, moet in dat geval evenredig verminderd worden, rekening houdend met de toepassingstermijn van de overeenkomst in dat kalenderjaar.

De equipe verbindt zich ertoe voor dat kalenderjaar niet meer forfaits aan te rekenen aan al de verzekeringsinstellingen samen dan toegestaan op basis van deze paragraaf.

Rekening houdende met de bepalingen terzake van de op ... ondertekende overeenkomst, kan de equipe voor de periode van 1 januari 2003 tot ... dus ... maal het krachtens artikel 9 van die overeenkomst vastgestelde eenmalig forfaitair bedrag aanrekenen en ... maal het verminderd forfaitair bedrag van 136,84 euro. Voor de periode van ... tot 31 december 2003, kan de equipe ... maal het krachtens onderhavige overeenkomst vastgestelde eenmalig forfaitair bedrag aanrekenen en ... maal het verminderd forfaitair bedrag van 136,84 euro.

§ 4. Indien de equipe voor een bepaald jaar minder forfaits zou hebben aangerekend dan mogelijk is op basis van de bepalingen van dit artikel, kan dit niet gecompenseerd worden door het daaropvolgende jaar een hoger aantal forfaits aan te rekenen. De in dit artikel vooropgestelde maxima zijn dus maxima per kalenderjaar die nooit kunnen worden overschreden.

§ 5. Voor de toepassing van de bepalingen van dit artikel met betrekking tot de aantallen forfaits die aan de verzekeringsinstellingen kunnen aangerekend worden, dient rekening te worden gehouden met de datum dat de equipe een forfait aanrekent aan de verzekeringsinstellingen en dus niet met de data van de effectieve tussenkomsten van de equipe of met de datum van uitbetaling van een forfait door de verzekeringsinstelling.

§ 6. Krachtens de bepalingen van dit artikel kan het in artikel 9 vastgestelde eenmalig forfaitair bedrag ... maal aan al de verzekeringsinstellingen samen worden aangerekend en kan daarenboven nog eens ... maal een verminderd forfaitair bedrag van 136,84 euro worden aangerekend aan al de verzekeringsinstellingen samen (*cf. de eerder vermelde aantallen*). Deze facturatielimieten houden echter niet in dat de equipe haar tussenkomsten in de palliatieve verzorging van patiënten in hun thuismilieu hoeft te beperken tot ... patiënten per jaar (= *de som van de twee eerder vermelde aantallen*). De equipe zal er naar streven haar diensten aan te bieden aan alle palliatieve patiënten en hun verzorgingsverstrekkers die daaraan behoefte hebben, ook als het aantal gevolgde palliatieve patiënten daardoor het maximum vergoedbare aantal van ... patiënten (*cf. de hierboven vermelde som*) per kalenderjaar overschrijdt.

Artikel 10. De equipe verbindt zich ertoe het in artikel 7 § 1 bedoelde eenmalig forfaitair bedrag of het in artikel 10 § 2 bedoelde verminderd forfaitair bedrag aan de verzekeringsinstelling van de rechthebbende te factureren aan de hand van een factuur waarvan het model zich als bijlage II bij deze overeenkomst bevindt.

Het Verzekeringscomité kan evenwel voor de facturatie ten allen tijde het gebruik van een ander model opleggen.

Het eenmalig forfaitair bedrag of het verminderd forfaitair bedrag kan aan de verzekeringsinstellingen worden aangerekend vanaf dat alle in artikel 8 gestelde vergoedingsvoorwaarden zijn vervuld. Het dient ten laatste twee maanden na het overlijden van de rechthebbende te worden aangerekend aan de verzekeringsinstellingen.

Het bedrag dat de equipe kan aanrekenen aan de verzekeringsinstelling van de rechthebbende is steeds het bedrag dat van toepassing is op de datum van de eerste (rechtstreekse of onrechtstreekse) tussenkomst van de equipe voor die rechthebbende.

WERKINGSVOORWAARDEN

Artikel 11. Per palliatieve patiënt die door de equipe rechtstreeks of onrechtstreeks wordt gevolgd, dient de equipe een dossier bij te houden, dat naast de gegevens die voor de equipe nodig zijn om deze patiënt te kunnen opvolgen en een optimale palliatieve verzorging zoals bedoeld in deze overeenkomst te kunnen aanbieden, ook een aantal gegevens bevat die statistisch kunnen verwerkt worden in het in artikel 16 bedoelde jaarlijks activiteitenverslag van de equipe. Op basis van het individueel dossier van iedere patiënt dient het ook mogelijk te zijn om na te gaan of de tussenkomsten van de equipe voor die patiënt beantwoorden aan de voorwaarden van artikel 8. In die optiek is het individueel dossier dus ook een basisdocument voor de facturatie.

Het individueel dossier dient onder meer de volgende gegevens te bevatten, voor zover de equipe er zelf over beschikt:

- de naam, geboortedatum, het officiële adres en de feitelijke verblijfplaats van de patiënt;
- alle briefwisseling met betrekking tot deze patiënt;
- het in artikel 8 § 1 bedoelde voorschrift van de huisarts van de patiënt;
- de woonsituatie van de palliatieve patiënt (eigen woning, bij familie of vrienden, rustoord voor bejaarden, rust- en verzorgingstehuis, psychiatrisch verzorgingstehuis, beschut wonen,...);
- diagnostische gegevens met betrekking tot de (ongeneeslijke) ziekte waaraan de patiënt lijdt;
- de gezinssituatie van de patiënt;
- de sociale situatie van de patiënt;
- gegevens met betrekking tot de bij de palliatieve verzorging en begeleiding betrokken hulpverleners (huisarts, thuisverpleegkundige(n),...);
- een vermelding van iedere tussenkomst van de equipe met betrekking tot deze patiënt:
datum, plaats, dag, uur en duur van de tussenkomst;
betrokken lid van de equipe;
telefonische tussenkomst, persoonlijke ontmoeting of deelname aan een vergadering ?
wie nam het initiatief voor dit contact ?
contact met (een) betrokken verzorgingsverstrekker(s) van de eerste lijn, (een) andere begeleider(s), de patiënt zelf of zijn familie ?
inhoud van het contact (aard van de problematiek - gedetailleerd weer te geven);
- de besluiten van teamvergaderingen met betrekking tot deze patiënt;
- de eventuele tussentijdse hospitalisatieperiodes van de patiënt;
- de datum en de plaats van het overlijden van de patiënt.

Het College van geneesheren-directeurs kan ten allen tijde meer gedetailleerde instructies uitvaardigen voor het bijhouden van het individueel dossier, teneinde over preciesere gegevens over de werking van de equipe te kunnen beschikken en deze gegevens te kunnen vergelijken met die van andere geconventioneerde multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging.

Artikel 12. De multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging fungeert als equipe tot ondersteuning van een samenwerkingsverband.

Samen met de equipes van andere erkende samenwerkingsverbanden die in dezelfde regio of een aangrenzende regio actief zijn, zal de equipe ervoor waken dat alle patiënten en hun verzorgingsverstrekkers die beroep wensen te doen op een multidisciplinaire equipe, dat kunnen, ongeacht hun woonplaats.

Binnen de eigen regio zal de equipe ervoor waken ook in gemeenten die ver van de zetel van de equipe gelegen zijn, een optimale dienstverlening te verzekeren aan de palliatieve patiënten en hun verzorgingsverstrekkers. De afstand tussen de zetel van de equipe en de woonplaats van de patiënt mag de aard van de tussenkomsten en de kwaliteit ervan in generlei mate beïnvloeden.

Artikel 13. Teneinde tot een optimale palliatieve verzorging van de patiënten in hun thuismilieu te komen, zal de equipe iedere week een intern interdisciplinair teamoverleg organiseren, waaraan normaliter de huisarts van de equipe en alle verpleegkundigen van de equipe dienen deel te nemen, tenzij ze verhinderd zijn door dringende palliatieve tussenkomsten, jaarlijks verlof, ziekte, enz.

Om de kwaliteit van dit teamoverleg te verhogen, kunnen eventueel ook - op uitnodiging - andere deskundigen op het vlak van de palliatieve verzorging aan dit teamoverleg deelnemen, bv. bepaalde geneesheren-specialisten.

Op het wekelijks interdisciplinair teamoverleg worden de palliatieve patiënten die door de equipe worden opgevolgd, gezamenlijk besproken en worden de problemen die zich daarbij stellen, uitgediept en mogelijke oplossingen uitgewerkt.

Als de equipe dat zinvol acht, kunnen sommige bij de verzorging van een palliatieve patiënt betrokken verzorgingsverstrekkers van de eerste lijn (de huisarts van de patiënt, de thuisverpleegkundige(n), enz.) worden uitgenodigd om deel te nemen aan de bespreking van hun patiënt tijdens dergelijke teamvergadering.

Artikel 14. Teneinde efficiënt te kunnen werken, dient de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging te kunnen beschikken over voldoende infrastructuur en uitrusting voor onthaal van bezoekers, administratie en vergaderingen.

Daartoe moet de centrale zetel van de equipe over minstens twee lokalen beschikken:

- één lokaal dient geschikt te zijn om bezoekers (patiënten, mensen uit de omgeving van een patiënt, betrokken verzorgingsverstrekkers van de eerste lijn) te ontvangen en vergaderingen in te houden tot 10 deelnemers (interne teamvergaderingen, eventueel vergaderingen met alle verzorgingsverstrekkers van de eerste lijn die betrokken zijn bij de palliatieve verzorging van een patiënt,...).
- een ander lokaal dient geschikt te zijn als werkruimte voor de verschillende leden van de equipe.

Deze lokalen mogen eventueel gedeeld worden met het samenwerkingsverband.

Artikel 15. De equipe dient jaarlijks, voor 30 juni van het daaropvolgende jaar, een activiteitenverslag te bezorgen aan de Dienst voor geneeskundige verzorging.

Het statistisch gedeelte van dat activiteitenverslag dient zich te concentreren op de patiënten die aan de in artikel 8 gestelde voorwaarden voor de verzekeringstegemoetkoming beantwoorden, ongeacht hun aantal. Als het werkelijk aantal opgevolgde patiënten het factureerbare aantal overschrijdt, dient het activiteitenverslag derhalve in te gaan op het werkelijk aantal patiënten waarvoor de equipe een wezenlijke bijdrage tot de palliatieve verzorging in het thuismilieu heeft geleverd, ook als niet voor al die patiënten de verzekeringstegemoetkoming kan worden aangerekend. De tussenkomsten van de equipe voor palliatieve patiënten waarvoor de equipe uiteindelijk geen wezenlijke bijdrage in de palliatieve verzorging heeft geleverd (bv. opzichzelfstaande telefonische vragen om informatie), dienen eveneens in het activiteitenverslag te worden verwerkt, maar wel apart van de gegevens met betrekking tot de patiënten die aan de in artikel 8 gestelde voorwaarden voor de verzekeringstegemoetkoming beantwoorden.

Het activiteitenverslag dient onder meer statistische gegevens te bevatten over:

- het werkelijk aantal gevolgde patiënten;
- de regionale verdeling van deze patiënten, uitgaande van de werkelijke verblijfplaats (aantal patiënten per gemeente);
- de leeftijd van de patiënten;
- de aandoening van de patiënten;
- de woonsituatie van de patiënten;
- de gezinssituatie van de patiënten;
- het aantal huisartsen waarmee is samengewerkt voor de opvolging van deze patiënten (meerdere patiënten kunnen eenzelfde huisarts delen): aantal huisartsen met 1 door de equipe gevolgde palliatieve patiënt, aantal huisartsen met 2 palliatieve patiënten, enz.
- het aantal tussenkomsten van ieder type (bezoeken in het thuismilieu van de patiënt, deelname van de equipe aan vergaderingen van de betrokken verzorgingsverstrekkers van de eerste lijn, persoonlijke ontmoetingen, telefonische tussenkomsten);
- aantal en type van de tussenkomsten 's nachts (tussen 22 uur en 7 uur);
- aantal en type van de tussenkomsten op zondagen en (wettelijke) feestdagen;
- duur van de tussenkomsten per type;
- aantal en type van de contacten met de betrokken verzorgingsverstrekkers van de eerste lijn, per discipline (huisarts, thuisverpleegkundige(n), enz.);
- de aard van de problematiek;
- de plaats van het overlijden van de patiënt;

- de lengte van de periode tijdens welke de patiënten (rechtstreeks of onrechtstreeks) gevolgd worden door de equipe;
- de rubrieken op basis waarvan de verzekeringstegemoetkoming verschuldigd is (artikel 8, § 3, a, b of c).

Het College van geneesheren-directeurs kan ten allen tijde meer gedetailleerde instructies uitvaardigen voor het opmaken van het activiteitenverslag, teneinde over preciesere gegevens over de werking van de equipe te kunnen beschikken en deze gegevens te kunnen vergelijken met die van andere geconventioneerde multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging.

PERSONEELSZAKEN

Artikel 16. § 1. Teneinde de kwaliteit van de werking te verzekeren, verbindt de inrichtende macht zich ertoe om de equipe, die samengesteld is conform de bepalingen van artikel 6, steeds volledig op te vullen.

Dit houdt in dat de inrichtende macht voor iedere functie die voorzien is in de personeelstabel in bijlage I, iemand effectief zal tewerkstellen die de voor die functie vooropgestelde kwalificaties bezit en dit gedurende het vooropgesteld aantal werkuren per week.

De kosten van de tewerkstelling van de equipe worden verondersteld volledig door de inrichtende macht te worden gedragen op basis van de inkomsten die kunnen worden geput uit deze overeenkomst. De functies die deel uitmaken van de equipe kunnen voor het in bijlage I vermelde aantal uren van tewerkstelling dan ook nooit worden vervuld door personeel dat in de bedoelde functies zou worden tewerkgesteld in het kader van een andere financieringsregeling voor palliatieve verzorging of in het kader van een bijzonder tewerkstellingsprogramma op basis waarvan andere overheidsinstanties geheel of gedeeltelijk, rechtstreeks of onrechtstreeks, tussenkomen in de loonkost.

Het Verzekeringscomité kan niet beschouwd worden als partij in de arbeidscontracten die gesloten worden tussen de inrichtende macht en haar personeel.

§ 2. De inrichtende macht verbindt zich ertoe, in toepassing van de bepalingen van § 1, steeds onverwijld alle nuttige schikkingen te treffen met het oog op de aanwerving van nieuw personeel, teneinde te vermijden dat een in het personeelskader voorziene functie niet meer zou opgevuld worden. Zo zal de inrichtende macht, zodra geweten is dat een in het personeelskader voorziene functie open zal komen te staan door ontslagneming, afdanking of door redenen van gewettigde langdurige afwezigheid (loopbaanonderbreking, verlof zonder wedde, ziekte, ...), onmiddellijk maatregelen nemen om in de tijdige vervanging van het tijdelijk of definitief weggevallen personeelslid te voorzien.

De inrichtende macht is evenwel niet verplicht een door haar ontslagen personeelslid dat op haar verzoek geen arbeidsprestaties meer verricht tijdens de nog bezoldigde wettelijke vooropzegperiode, gedurende die periode reeds te vervangen. De inrichtende macht is evenmin verplicht een personeelslid dat afwezig is wegens ziekte, te vervangen gedurende de wettelijke periode van gewaarborgd loon, periode tijdens welke het zieke personeelslid nog effectief door de inrichtende macht bezoldigd wordt.

§ 3. De inrichtende macht verbindt zich ertoe de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV steeds op de hoogte te houden van het effectief door haar tewerkgesteld personeel. Hiertoe zal de inrichtende macht trimestrieel alle wijzigingen met betrekking tot de opvulling van het voorziene personeelskader, schriftelijk aan de Dienst voor geneeskundige verzorging meedelen, ongeacht of het tijdelijke wijzigingen (wegens ziekte, loopbaanonderbreking, verlof zonder wedde, ...) of definitieve wijzigingen (wegens ontslagneming, afdanking, overschakeling naar deeltijds werk, ...) betreft.

De Dienst voor geneeskundige verzorging kan ten allen tijde een model voor het meedelen van de wijzigingen in het personeelskader opleggen.

§ 4. Indien het Verzekeringscomité vaststelt dat de inrichtende macht zich niet gehouden heeft aan de bepalingen van artikel 17, § 1 en § 2, kan het Verzekeringscomité ertoe besluiten, bij wijze van sanctie, naast andere nuttig geachte maatregelen, het aantal keren dat het eenmalig forfaitair bedrag krachtens artikel 10 aan al de verzekeringsinstellingen samen kan aangerekend worden, voor een bepaald kalen-

derjaar (hetzij het lopende kalenderjaar, hetzij een volgend kalenderjaar) eenzijdig te verminderen, op voorwaarde dat de inrichtende macht de gelegenheid heeft gehad om de redenen van niet-naleving van deze bepalingen schriftelijk toe te lichten.

Indien het Verzekeringscomité besluit tot deze maatregel over te gaan, zal het in artikel 10 vastgesteld aantal keren dat het eenmalig forfaitair bedrag normaliter per kalenderjaar kan worden aangerekend, worden verminderd met 60 per voltijdse eenheid die gedurende een jaar in het personeelskader ontbreekt. Dit aantal van 60 kan proportioneel worden aangepast, al naargelang er meer of minder personeelsleden in het personeelskader ontbreken en al naargelang de duur van de periode dat een functie niet is opgevuld, korter of langer is dan een jaar.

Het toepassen van deze maatregel dient beschouwd te worden als een sanctie voor het niet-naleven in een voorbije periode van de bepalingen van artikel 17, § 1 en § 2, en houdt dus geenszins de toelating in om het personeelskader tijdelijk of definitief te verminderen in het kalenderjaar waarop de maatregel van toepassing is: ook in dat kalenderjaar moet het in bijlage voorziene personeelskader dus volledig worden opgevuld.

Indien terzelfder tijd de bepalingen van artikel 17, § 1 en § 2, en van artikel 17, § 3, niet worden nageleefd, is de in deze paragraaf voorziene maatregel in ieder geval van toepassing, wat ook de redenen van de niet-naleving mogen zijn.

In het kalenderjaar dat bedoelde maatregel zou van toepassing zijn, blijven de bepalingen van artikel 7 integraal van toepassing.

De inrichtende macht verbindt er zich toe aan al de verzekeringsinstellingen samen niet meer eenmalige forfaitaire bedragen aan te rekenen dan toegestaan door het Verzekeringscomité, indien het Verzekeringscomité ooit zou besluiten de in deze paragraaf voorziene maatregel toe te passen.

Artikel 17. § 1. De inrichtende macht verbindt zich ertoe de equipe ten minste te bezoldigen volgens de principes die aan de basis hebben gelegen van de berekening van de personeelskosten van de equipe, berekening die zich in bijlage bij deze overeenkomst bevindt.

Deze berekening is voor alle personeelsleden, met uitzondering van de huisarts, gebaseerd op de loon-schalen van het paritair comité 305.1 (paritair comité van de privé-ziekenhuizen), met toepassing van de maatregelen voorzien in het sociaal akkoord van 4 juli 1991 (meerjarenplan gezondheidssector) en van de C.A.O.'s van 10 december 1992 en 24 april 1995.

Voor de huisarts van de equipe is de berekening gebaseerd op het barema van adviserend geneesheer bij een verzekeringsinstelling.

§ 2. De berekening van de loonkost is voor de verpleegkundigen A 1 en ook voor de kinesitherapeuten, maatschappelijk assistenten en assistenten in de psychologie gebaseerd op het barema 1/55 - 1/61 - 1/77. Voor de verpleegkundigen A 2 is de berekening gebaseerd op het barema 1/43 - 1/55. Voor de licenciaten in de psychologie wordt het barema 1/80 toegepast.

Gelet op de relatief beperkte omvang van de equipe, wordt van de verpleegkundigen die hiervan deel uitmaken, een zeer grote bereikbaarheid en beschikbaarheid verwacht, omdat de equipe 24 uur op 24, 7 dagen op 7, te bereiken moet zijn en indien nodig effectief moet tussenkomen, ook in het thuismilieu van de patiënt.

Rekening houdende met deze specifieke kenmerken van de werkopdracht en met het feit dat voor de zeer ongeregelde tussenkomsten 's nachts en tijdens weekends en feestdagen de gewone toeslagen voor dergelijke arbeid niet worden voorzien (juist omwille van het ongeregelde en onvoorspelbare karakter ervan), wordt daarom aan de verpleegkundigen, als toeslag bij hun normale bruto-wedde, een forfaitaire vergoeding van 11% van de bruto-wedde toegekend.

Voor de administratieve kracht wordt een barema toegepast dat overeenstemt met de effectieve kwalificatie van het desbetreffende personeelslid. Als het om een administratieve kracht gaat met een diploma van lager middelbaar onderwijs wordt het barema 1/30 toegepast (eventueel het barema 1/40 in geval betrokkene over belangrijke bijkomende kwalificaties beschikt), voor gediplomeerden van het hoger mid-

delbaar onderwijs gaat het om het barema 1/50 (of eventueel het barema 1/39 in geval van belangrijke bijkomende kwalificaties), en voor gediplomeerden van het hoger onderwijs buiten de universiteit wordt het barema 1/55 - 1/61 - 1/77 toegepast, zijnde het barema voor personeel van A 1 - niveau.

Indien de inrichtende macht er zou voor opteren om de functie van administratieve kracht te laten vervullen door een personeelslid met een universitaire opleiding, zal in de personeelskostberekening die als bijlage bij deze overeenkomst gevoegd is, slechts rekening gehouden worden met het A 1 - barema.

De inrichtende macht verbindt zich ertoe bepaalde voordelen die in het raam van nieuwe CAO's, gesloten binnen het paritair comité 305.1, aan het personeel zouden toegekend worden en waarvan de kosten ten gevolge van een beslissing van het Verzekeringscomité in het in artikel 8 vastgesteld eenmalig forfaitair bedrag zouden opgenomen worden, eveneens toe te kennen aan de equipe.

Het feit dat, gelet op de specifieke kenmerken van de werkopdracht, aan de verpleegkundigen een weddesupplement wordt toegekend, houdt vanwege het Verzekeringscomité geen enkel engagement met betrekking tot de bezoldiging van de verpleegkundigen in voor het geval dat de werkomstandigheden van de equipe drastisch zouden veranderen, bv. na een toekomstige fundamentele herziening van deze overeenkomst op het vlak van omkadering en werkvoorwaarden van de equipes.

§ 3. Indien een in artikel 6 voorziene functie contractueel wordt vervuld door een zelfstandige, verbindt de inrichtende macht zich ertoe voor de prestaties van deze zelfstandige een honorarium uit te betalen dat minstens gelijk is aan de totale loonkost in geval van tewerkstelling op basis van het werknemersstatuut. De totale loonkost in geval van tewerkstelling op basis van het werknemersstatuut omvat, naast de bruto-bezoldiging onder meer het vakantiegeld, alle premies en de patronale RSZ-bijdragen.

De inrichtende macht zal voor iedere functie die contractueel vervuld wordt door een zelfstandige, onmiddellijk een kopie van het tussen de inrichtende macht en de betrokken zelfstandige gesloten contract bezorgen aan de Dienst voor geneeskundige verzorging.

De inrichtende macht verbindt zich ertoe, als een persoon op regelmatige basis gedurende meer dan 19 uur per week ingeschakeld is in de equipe, die persoon een werknemerscontract aan te bieden.

§ 4. De inrichtende macht geeft aan de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV de toestemming om aan ieder personeelslid dat erom vraagt, de gegevens met betrekking tot zijn bezoldiging die voortvloeien uit de bepalingen van dit artikel, mede te delen.

Artikel 18. § 1. De in het eenmalig forfaitair bedrag verrekende personeelskosten zijn berekend op basis van de omvang, de kwalificaties en de anciënniteit van het door de inrichtende macht op een bepaalde datum werkelijk tewerkgestelde personeel, rekening houdende met de bepalingen van artikel 2, §§ 5 en 6, en artikel 6 en met de door de equipe terzake gemaakte keuzen.

Wat de anciënniteit betreft, zal voor al het personeel van de equipe, met uitzondering van de huisarts, rekening worden gehouden met alle anciënniteit die zij verworven hebben in eerdere functies waarvan de bezoldigingsregeling voorziet in een toenemende bezoldiging op basis van de anciënniteit. Voor de huisarts van de equipe zal alleen rekening gehouden worden met de reeds uitgeoefende dienstjaren in een palliatieve equipe (conform de bezoldigingsregels voorzien in het statuut van de adviserend geneesheer).

Om rekening te kunnen houden met de reeds eerder verworven anciënniteit, dient de inrichtende macht voor zijn personeel de nodige bewijsstukken van de vroegere tewerkstelling voor te leggen.

De berekening van de personeelskost is steeds een momentopname, rekening houdende met exacte anciënniteit van het personeel op een bepaalde datum; die datum en de voor ieder personeelslid aanvaarde anciënniteit worden in de kostprijsberekening in bijlage vermeld.

Om te frequente aanpassingen van het eenmalig forfaitair bedrag te vermijden en toch de toekomstige baremieke verhogingen reeds enigszins te dekken, wordt de op de berekeningsdatum geldende personeelskost evenwel forfaitair verhoogd met 2% of, indien de jaarlijkse personeelskost minder dan 134.163,96 euro bedraagt, met 2.683,28 euro.

Met personeelsleden die binnen de equipe voor een periode van maximaal 6 maanden de normale titularis van een bepaalde functie vervangen, wordt in de berekening van de personeelskost geen rekening gehouden. In zulk geval zal de berekening van de personeelskost gebeuren op basis van de kenmerken van de titularis.

§ 2. Het aandeel van de personeelskosten in het in artikel 9 vastgesteld eenmalig forfaitair bedrag zal aan de realiteit aangepast worden, indien de werkelijke personeelsuitgaven, tengevolge van de evolutie van de anciënniteit van het werkelijk tewerkgestelde personeel of tengevolge van wijzigingen in de samenstelling van de equipe, op jaarbasis 2 % (met een minimum van 2.683,28 euro) hoger komen te liggen dan de personeelskosten die begrepen zijn in dat bedrag.

De inrichtende macht zal daartoe een aanvraag indienen bij de Dienst voor geneeskundige verzorging en conform de instructies van die Dienst een volledig geactualiseerd en gedocumenteerd personeelskostendossier samenstellen, op basis waarvan de Dienst voor geneeskundige verzorging de op dat ogenblik geldende personeelskost van de equipe kan berekenen. Uit dat dossier moet tevens blijken dat de werkelijke personeelskosten inderdaad 2% (met een minimum van 2.683,28 euro) hoger liggen dan de personeelskosten die begrepen zijn in het eenmalig forfaitair bedrag.

Om het eenmalig forfaitair bedrag aan de evolutie van de personeelskost aan te passen, zal de Dienst voor geneeskundige verzorging een wijzigingsclausule met in bijlage een nieuw berekeningsdocument aan het College van geneesheren-directeurs en het Verzekeringscomité voorleggen.

Een personeelskostendossier dat niet aan de instructies van de Dienst voor geneeskundige verzorging beantwoordt, zal door de Dienst voor geneeskundige verzorging als onontvankelijk worden beschouwd, wat aan de inrichtende macht zal meegedeeld worden.

Het herberekende eenmalig forfaitair bedrag zal van kracht worden de eerste dag van de maand volgend op de goedkeuring ervan door het Verzekeringscomité en ten laatste op de eerste dag van de vierde maand volgend op de datum van ontvangst door de Dienst voor geneeskundige verzorging van een volledig en nauwkeurig personeelskostendossier.

Om te frequente aanpassingen van het eenmalig forfaitair bedrag te vermijden, kan een inrichtende macht evenwel geen beroep doen op de bepalingen van deze paragraaf gedurende het eerste jaar dat deze overeenkomst van toepassing is en gedurende een periode van één jaar die volgt op het van kracht worden van een verhoogd eenmalig forfaitair bedrag, na een herberekening. Binnen de periode van één jaar die volgt op het van kracht worden van een verhoogd eenmalig forfaitair bedrag, na een vraag van de inrichtende macht tot herberekening, kan de inrichtende macht dus geen nieuwe verhoging van het eenmalig forfaitair bedrag aanvragen, ook niet om, krachtens de bepalingen van artikel 2, §§ 5 en 6, een uitbreiding van de in bijlage vastgestelde personeelsomkadering te bekomen. Binnen die periode van één jaar dient de inrichtende macht de volledige financiële verantwoordelijkheid te dragen voor alle door de inrichtende macht genomen beheersbeslissingen met betrekking tot zijn personeel.

§ 3. Zoals vermeld in de artikelen 18, § 2 en 19, § 1, wordt de personeelskost berekend op basis van de kwalificaties (= het opleidingsniveau) van het personeel dat deel uitmaakt van de equipe.

Wijzigingen in de kwalificaties van het tewerkgestelde personeel, met name de vervanging van bepaalde personeelsleden door personeelsleden van een lager opleidingsniveau, kunnen een belangrijke weerslag hebben op de loonkost, bv. als een verpleegkundige A 1 vervangen wordt door een verpleegkundige A 2 of, wat de administratieve kracht betreft, als een gediplomeerde van het hoger onderwijs buiten de universiteit wordt vervangen door een gediplomeerde van het hoger secundair onderwijs, of als een gediplomeerde van het hoger secundair onderwijs wordt vervangen door een gediplomeerde van het lager secundair onderwijs.

Ook de vervanging van een personeelslid door een personeelslid met minder anciënniteit kan een belangrijke weerslag hebben op de loonkost.

Indien een lid van de equipe definitief of voor een voorzienbare termijn van meer dan 6 maanden, vervangen wordt door iemand van een lagere kwalificatie (= lager opleidingsniveau) of door iemand met minder anciënniteit, dient de inrichtende macht daarom, binnen de maand na de vervanging, de Dienst voor geneeskundige verzorging hiervan op de hoogte te brengen en die Dienst alle gegevens mee te delen die

relevant zijn voor de berekening van de weerslag van deze vervanging op de loonkost van de equipe. Deze verplichting geldt ook als een lid van de equipe slechts voor een deel van de uren dat hij voor de equipe werkt, vervangen wordt.

De inrichtende macht zal hiertoe een afzonderlijk schrijven richten aan de Dienst voor geneeskundige verzorging dat uitsluitend ingaat op de vervanging van een personeelslid. De gegevens die krachtens artikel 17 § 3 trimestrieel aan de Dienst voor geneeskundige verzorging moeten worden bezorgd, kunnen nooit fungeren als het hier vereiste afzonderlijk schrijven, al dienen zulke belangrijke wijzigingen vanzelfsprekend ook opgenomen te worden in het in artikel 17, § 3 bedoelde trimestrieel overzicht.

Indien door zulke vervanging, eventueel in combinatie met eerdere wijzigingen in de equipe, de personeelskost minstens 2% (met een minimum van 2.683,28 euro) lager komt te liggen dan de personeelskost die begrepen is in het eenmalig forfaitair bedrag, zal het schrijven waarin de vervanging wordt meegegeeld, door de Dienst voor geneeskundige verzorging worden beschouwd als een aanvraag voor een volledige herberekening van het eenmalig forfaitair bedrag. Met het oog op zulke herberekening door de Dienst voor geneeskundige verzorging, zal de inrichtende macht onverwijld ingaan op ieder verzoek van de Dienst voor geneeskundige verzorging om bijkomende informatie over al het tewerkgestelde personeel.

Om het eenmalig forfaitair bedrag aan de evolutie van de personeelskost aan te passen, zal de Dienst voor geneeskundige verzorging een wijzigingsclausule met in bijlage een nieuw berekeningsdocument aan het College van geneesheren-directeurs en het Verzekeringscomité voorleggen, waardoor het eenmalig forfaitair bedrag kan aangepast worden.

Het herberekende eenmalig forfaitair bedrag zal van kracht worden de eerste dag van de maand volgend op de goedkeuring ervan door het Verzekeringscomité en ten laatste op de eerste dag van de vierde maand die volgt op de datum dat de vervanging is doorgevoerd die de aanleiding vormde voor de herberekening van de personeelskost.

Om te frequente aanpassingen van het eenmalig forfaitair bedrag te vermijden, kan een inrichtende macht geen beroep doen op de bepalingen van § 2 van dit artikel in de periode van één jaar die volgt op het van kracht worden van het nieuwe eenmalig forfaitair bedrag. Binnen de periode van één jaar die volgt op het van kracht worden van een nieuw eenmalig forfaitair bedrag kan de inrichtende macht dus geen verhoging van het eenmalig forfaitair bedrag aanvragen. Binnen die periode van één jaar dient de inrichtende macht de volledige financiële verantwoordelijkheid te dragen voor alle door de inrichtende macht genomen beheersbeslissingen met betrekking tot zijn personeel.

De Dienst voor geneeskundige verzorging kan echter binnen zulke periode van één jaar wel nog overgaan tot een nieuwe herberekening van het eenmalig forfaitair bedrag als zich binnen die periode in de equipe nieuwe wijzigingen zouden voordoen waarop de bepalingen van deze paragraaf van toepassing zijn.

§ 4. De in dit artikel vermelde bedragen van 2.683,28 euro en 134.163,96 euro worden gekoppeld aan het spilindexcijfer 111,64 (juni 2003), en zijn volledig indexeerbaar, conform de bepalingen van de in artikel 9, § 2 van de overeenkomst vermelde wet.

ALGEMENE BEPALINGEN

Artikel 19. De inrichtende macht verbindt zich ertoe alle nuttige maatregelen te nemen op het vlak van de brandveiligheid van de lokalen van de equipe. De inrichtende macht zal daartoe bestendig contact houden met een bevoegde brandweerdienst en onmiddellijk de door deze laatste opgelegde maatregelen en werken uitvoeren.

Artikel 20. De inrichtende macht verbindt zich er toe ieder personeelslid dat deel uitmaakt van de equipe te informeren over de bepalingen van deze overeenkomst, teneinde ieder lid van de equipe toe te laten zijn taken te vervullen in overeenstemming met de bepalingen van deze overeenkomst.

Daartoe zal de inrichtende macht aan ieder personeelslid de volledige tekst bezorgen van deze overeenkomst. Indien de inrichtende macht de bijlagen niet mee bezorgt aan het personeelslid, zal de inrichtende

macht het personeelslid wel informeren over de bezoldigingsbasis (o.m. de juiste anciënniteit) waarmee in de bijlagen voor hem of haar is rekening gehouden.

De inrichtende macht bewaart de in dit verband door het personeel ondertekende ontvangstbewijzen en houdt ze ter beschikking van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV.

Artikel 21. De inrichtende macht verbindt zich ertoe de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV al de informatie te bezorgen die gevraagd wordt met betrekking tot de werking van de equipe en de toepassing van deze overeenkomst. De inrichtende macht verbindt zich er tevens toe alle afgevaardigden van het RIZIV of van de verzekeringsinstellingen toe te laten de bezoeken af te leggen die zij hiertoe nuttig achten.

Artikel 22. De inrichtende macht verbindt zich er toe een boekhouding te voeren, waarin de inkomsten en uitgaven die voortvloeien uit de werking van de equipe, als een afzonderlijke kostenrubriek worden beschouwd, zodat het mogelijk is deze inkomsten en uitgaven te onderscheiden van de inkomsten en uitgaven van andere activiteiten van dezelfde inrichtende macht, bv. activiteiten van het samenwerkingsverband.

Het voeren van deze boekhouding dient zo veel mogelijk te gebeuren conform de door het Verzekeringscomité goedgekeurde boekhoudkundige richtlijnen voor de revalidatie-inrichtingen, onder meer wat de minimumindeling van het rekeningenstelsel en de gehanteerde afschrijvingstermijnen voor investeringen betreft.

De inrichtende macht zal jaarlijks, binnen de zes maanden na het afsluiten van het boekjaar, dat telkens aanvangt op 1 januari en eindigt op 31 december, voor het geheel van de activiteiten van de inrichtende macht, op basis van de voorgeschreven modellen, een balans en resultatenrekening opmaken en deze bezorgen aan de Dienst voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V. Hierbij zal tevens een exploitatierekening worden gevoegd die louter betrekking heeft op de werking van de equipe.

De Dienst voor geneeskundige verzorging kan voor het opmaken van deze exploitatierekening ten allen tijde een eenvormig model opleggen.

De inrichtende macht moet de bewijsstukken van de inkomsten en uitgaven gedurende 10 jaar bewaren.

De gevoerde boekhouding dient steeds toegankelijk te zijn voor de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV.

Artikel 23. De inrichtende macht zal jaarlijks, voor 30 juni van het daaropvolgende jaar, aan de Dienst voor geneeskundige verzorging een lijst bezorgen van alle patiënten waarvoor het voorbije jaar het in artikel 9 vastgesteld eenmalig forfaitair bedrag werd aangerekend aan de verzekeringsinstellingen, evenals een lijst van alle patiënten waarvoor het voorbije jaar het in artikel 10 bedoeld verminderd forfaitair bedrag werd aangerekend.

Voor iedere patiënt op die lijsten dient de volledige naam, de geboortedatum en het nummer van de verzekeringsinstelling te worden vermeld.

Het aantal patiënten op iedere lijst mag niet hoger zijn dan de aantallen waarvoor, krachtens de bepalingen van artikel 10, in het beschouwde jaar het in artikel 9 vastgesteld eenmalig forfaitair bedrag en het in artikel 10 bedoeld verminderd forfaitair bedrag, konden worden aangerekend.

Indien de inrichtende macht tijdens een bepaald jaar het in artikel 9 vastgesteld eenmalig forfaitair bedrag of het in artikel 10 bedoeld verminderd forfaitair bedrag zou hebben aangerekend voor patiënten die niet op voormelde lijsten zijn vermeld, geldt dit als een motief voor het opzeggen van de overeenkomst als tijdens het beschouwde jaar tevens één van de in artikel 10 vastgestelde maxima met betrekking tot het aantal aanrekenbare forfaits zou zijn overschreden.

AANVRAAGPROCEDURE VOOR DE OVEREENKOMST

Artikel 24 § 1. Om deze overeenkomst te kunnen sluiten, dient een inrichtende macht een aanvraag in te dienen bij de Dienst voor geneeskundige verzorging die in bijlage de volgende gegevens bevat:

- a) een kopie van het besluit tot erkenning van het samenwerkingsverband waarvoor de equipe fungeert als equipe tot ondersteuning;
- b) de officiële naam van de inrichtende macht, een kopie van de statuten van de inrichtende macht en de namen van de personen die bevoegd zijn om de overeenkomst te ondertekenen namens de inrichtende macht en hun functie binnen de inrichtende macht;
- c) indien de inrichtende macht van de equipe niet het samenwerkingsverband zelf is: een officiële verklaring van het samenwerkingsverband waaruit duidelijk blijkt welke equipe(s) voor het samenwerkingsverband funge(e)r(t)(en) als ondersteuningsequipe;
- d) voor een nieuwe equipe waarmee tot nu toe geen overeenkomst werd gesloten: de nodige bewijsstukken dat de equipe beantwoordt aan de voorwaarden van artikel 3 van de overeenkomst;

de door de inrichtende macht gewenste datum van inwerkingtreding van de nieuwe overeenkomst, rekening houdende met de bepalingen van § 2 van dit artikel;
- f) de nodige bewijsstukken dat de leden van de equipe voldoen aan de in artikel 6 gestelde voorwaarden met betrekking tot hun specifieke vorming;
- g) voor iedere persoon wiens loonkost in de kostprijsberekening moet opgenomen worden, de volgende gegevens en documenten: de volledige naam; de functie; een kopie van het diploma; het aantal uren van tewerkstelling in het kader van de equipe (voltijds/deeltijds; voltijds = 38 uur per week); de vooropgestelde datum van indiensttreding (voor nieuwe personeelsleden); de loonanciënniteit, uitgedrukt in jaren en maanden (voor de huisarts: het aantal dienstjaren in de equipe, met vermelding van de datum van indiensttreding in het kader van de equipe); de bewijsstukken voor de opgegeven loonanciënniteit; een vermelding of betrokkene al dan niet recht heeft op haard- of standplaatsvergoeding; de afstand van de woonplaats tot de centrale zetel van de equipe (enkele richting).

Voor de equipe in zijn geheel dient het personeelskostendossier tevens te vermelden (met de nodige bewijsstukken) wat de kostprijs is van de verplichte arbeidsongevallenverzekering voor het personeel en wat de kostprijs is van het sociaal secretariaat en de dienst voor arbeidsgeneeskunde waarop de equipe eventueel beroep zal doen.

§ 2. Deze overeenkomst kan ten vroegste in werking treden op de eerste dag van de tweede maand volgend op de datum van ontvangst door de dienst voor geneeskundige verzorging van een volledig en nauwkeurig aanvraagdossier.

§ 3. Op de door de inrichtende macht gewenste datum van inwerkingtreding van deze overeenkomst (cf. § 1 van dit artikel, rubriek e) moet minstens de helft van het in het kader van deze overeenkomst bijkomend aangeworven personeel in dienst zijn van de inrichtende macht en effectief deel uitmaken van de equipe.

Uiterlijk één maand na de datum van inwerkingtreding van deze overeenkomst dient het in de kostprijsberekening in bijlage voorziene personeelskader volledig te zijn opgevuld en zijn de bepalingen van artikel 17 dus integraal van toepassing.

GELDIGHEIDSTERMIJN VAN DE OVEREENKOMST

Artikel 25. § 1. Deze overeenkomst, opgemaakt in twee exemplaren en behoorlijk ondertekend door beide partijen, treedt in werking op ...

Ze vernietigt en vervangt vanaf die datum de op ... ondertekende overeenkomst tussen het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging en (naam van de inrichtende macht: V.Z.W.), namens zijn multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging.

§ 2. Deze overeenkomst wordt gesloten voor een onbepaalde duur.

Ze kan evenwel steeds door één van beide partijen om gelijk welk motief worden beëindigd met een ter post aangetekende brief die aan de andere partij wordt gericht, mits inachtneming van een opzeggings-termijn van 3 maanden die ingaat op de eerste dag van de maand volgend op de datum van verzending van de aangetekende brief.

§ 3. De bijlagen bij deze overeenkomst maken binnen de door de overeenkomst bepaalde grenzen een integrerend deel ervan uit. Het gaat om de volgende bijlagen :

- I. Berekening van de loonkost van de equipe en van het eenmalig forfaitair bedrag.
- II. Verplicht model van factuur.

Voor (naam van de inrichtende macht):

Voor het Verzekeringscomité,

(datum + handtekening)

Brussel,

De wnd. Leidend Ambtenaar,

Dr. G. VEREECKE
Geneesheer-inspecteur-generaal

Tabel 21: Overzicht van de palliatieve equipes met vermelding van het gebied waarin zij actief zijn¹

	<i>Equipe</i>	<i>Régions</i>	<i>Composition</i>
1	Palliatieve Hulpverlening Antwerpen	Anvers	Arrondissement Anvers sans Brecht, Brasschaat, Essen, Kalthout, Kapellen, Malle, Schilde, Schoten, Stabroek, Wuustwezel, Zoersel, Ekeren
2	Ispahan	Turnhout	Arrondissement Turnhout
3	Palliatief Netwerk Arrondissement Mechelen	Mechelen	Arrondissement Mechelen
4	Netwerk Palliatieve Zorg Noorderkempen	Noorderkempen	Communes de Brecht, Brasschaat, Essen, Kalthout, Kapellen, Malle, Schilde, Schoten, Stabroek, Wuustwezel, Zoersel, Ekeren
5	Palliatief Netwerk Arrondissement Leuven (PANAL)	Leuven	Arrondissement Leuven
6	Omega ²	Halle-Vilvoorde	Arrondissement Halle-Vilvoorde
7	Listel	Limburg	Province du Limburg
8	Palliatieve Thuiszorg Gent-Eeklo	Gent-Eeklo	Arrondissement Gent et arrondissement Eeklo sans Oosterzele
9	Netwerk Palliatieve Zorg Regio Aalst- Arrondissement Dendermonde - Regio Ninove	Dendermonde	Arrondissement Dendermonde et communes Aalst, Erpe-Mere, Lede, Haaltert, Denderleeuw et Ninove
10	Het Leven Helpen (vzw Netwerk Palliatieve Zorg Zuid-Oost-Vlaanderen)	Oudenaarde	Arrondissement Oudenaarde et communes de Zottegem, Geraardsbergen, Herzele, Sint-Lievens-Houtem et Oosterzele
11	Netwerk Palliatieve Zorg Waasland	Sint-Niklaas	Arrondissement Sint-Niklaas
12	Palliatieve Zorgen Westhoek	Westhoek	Arrondissement Veurne, Ieper (sans Wervik), Diksmuide (sans Kortemark) et Oostende (sans De Haan)
13	Palliatieve Zorg Noord West-Vlaanderen	Brugge	Arrondissement Brugge (sans Torhout) plus De Haan
14	Netwerk Palliatieve Zorg Zuid-West-Vlaanderen	Kortrijk	Arrondissement Kortrijk et communes Wervik et Wielsbeke
15	De Mantel	Roeselare	Arrondissement Roeselare, arrondissement Tielt (sans Wielsbeke) et communes Torhout et Kortemark
16	Domus - Soins continus et palliatifs à domicile en Brabant wallon	Brabant-Wallon	Province du Brabant-Wallon
17	Aremis-Charleroi	Hainaut Oriental	Arrondissement de Charleroi sans Chappelle-lez-Herlaimont, Manage, Seneffe, plus Beaumont, Chimay, Froidchapelle, Ham-sur-Heure-Nalinne, Momignies, Sivry-Rance, Thuin
18	A.S.B.L. Reliance (Association Régionale en Soins Palliatifs de Mons-Borinage-La Louvière-Soignies)	Mons Borinage	Arrondissement de Mons, de Soignies sans Lessine, plus Anderlues, Bonche, Chapelle-lez-Herl. , Chièvres, Erquelines, Estinnes, Lobbes, Manage, Merbes-le-chateau, Morlanwelz, Seneffe
19	Association Régionale de Concertation sur les Soins Palliatifs du Hainaut Occidental	Hainaut Occidental	Arrondissements de Mouscron, Ath (sans Chièvres) Tournai, plus commune de Lessines
20	Association des Soins Palliatifs de la Province de Namur	Namur	Province de Namur
21	Plate-forme de soins palliatifs de l'Est francophone	Est francophone	Arrondissement de Verviers sans Amel, Büllingen, Burg-Reuland, Bütgendbach, Eupen, Kelmis, Lontzel, Raeren, Sankt-Vith, plus Trooz.
22	Accompagner	Luxembourg	Province du Luxembourg
23	Au Fil des Jours		
24	A.S.B.L. Delta	Liège	Arrondissements Liège, Huy et Waremme moins commune Trooz
25	Palliativpflegeverband der Deutschsprachigen Gemeinschaft	Germanophone	Amel, Büllingen, Burg-Reuland, Bütgendbach, Eupen, Kelmis, Lontzel, Raeren, Sankt-Vith
26	Continuing Care	Bruxelles-capitale	Région Bruxelles-Capitale
27	Semiramis		
28	Cliniques Universitaires Saint-Luc (Equipe Interface)		

¹ Dit gebied is het gebied waarvoor het samenwerkingsverband officieel is erkend door de Gemeenschappen of Gewesten. Iedere equipe fungeert als ondersteuningsequipe van een (voor een bepaald werkgebied) officieel erkend samenwerkingsverband.

² Omega is in de praktijk zowel actief in het arrondissement Halle-Vilvoorde (waarvoor het als enige ondersteuningsequipe fungeert) als in het Brussels Gewest (waarvoor het door het Brussels samenwerkingsverband als vierde ondersteuningsequipe is erkend). Op een totale huidige omkadering van 7,15 VTE, wordt gemiddeld ongeveer 1,5 VTE ingezet voor de activiteiten van Omega in het Brussels Gewest (vooral voor Nederlandstalige patienten).

Tabel 22: Overzicht van de multidisciplinaire begeleidingsequipes en hun jaarlijks budget

Naam equipe (+ vestigingsgebied)	Inwonersaantal van de regio waarbinnen de equipe actief is en dat als basis is genomen om de maximale omkadering van de equipe te bepalen	Maximale omkadering (aantal voltijdse krachten) waarop deze equipe aanspraak kan maken op basis van het inwonersaantal van de regio	Werkelijke omkadering van de equipe op 30 juni 2004 volgens de overeenkomst met het RIZIV (in VTE)	Minimum aantal patiënten waarvoor deze equipe geacht wordt tussen te komen, gelet op de werkelijke omkadering	Huidig eenmalig forfait (30 juni 2004)	Huidige jaarenveloppe**** (30 juni 2004)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Palliatieve Hulpverlening Antwerpen	672.495	8,74	7,40	285	EUR 1.617,90	EUR 461.101,50
Ispahan (Turnhout)	400.034	5,20	5,19	200	EUR 1.692,99	EUR 338.598,00
Palliatief Netwerk Arrondissement Mechelen	302.361	3,93	3,82	147	EUR 1.672,51	EUR 245.858,97
Netwerk Palliatieve Zorg Noorderkempen (Wuustwezel)	260.750	3,39	3,39	130	EUR 1.615,94	EUR 210.072,20
Palliatief Netwerk Arrondissement Leuven (PANAL)	452.187	5,88	5,39	207	EUR 1.632,99	EUR 338.028,93
Omega (Halle-Vilvoorde)	552.505*	8,68	7,15	275	EUR 1.637,88	EUR 450.417,00
Listel (Limburg)	779.969	10,14	7,48	288	EUR 1.618,60	EUR 466.156,80
Palliatieve Thuiszorg Gent-Eeklo	558.815	7,26	7,26	279	EUR 1.582,93	EUR 441.637,47
Netwerk Palliatieve Zorg Regio Aalst - Arrondissement Dendermonde - Regio Ninove	366.536	4,76	4,75	183	EUR 1.724,33	EUR 315.552,39
Het Leven Helpen (vzw Netwerk Palliatieve Zorg Zuid-Oost-Vlaanderen) (Ronse)	207.509	2,70	2,71	104	EUR 1.753,99	EUR 182.414,96
Netwerk Palliatieve Zorg Waasland (Sint-Niklaas)	221.877	2,88	2,88	111	EUR 1.683,29	EUR 186.845,19
Palliatieve Zorgen Westhoek (Oostende-Diksmuide)	308.086	4,01	4,00	154	EUR 1.646,53	EUR 253.565,62
Palliatieve Zorg Noord West-Vlaanderen (Brugge ^o)	261.022	3,39	3,39	130	EUR 1.724,50	EUR 224.185,00
Netwerk Palliatieve Zorg Zuid-West-Vlaanderen (Kortrijk)	305.056	3,97	3,97	153	EUR 1.665,22	EUR 254.778,66
De Mantel (Roeselare)	249.622	3,25	3,25	125	EUR 1.714,77	EUR 214.346,25
Domus - Soins continus et palliatifs à domicile en Brabant Wallon	341.565	4,44	4,44	171	EUR 1.643,80	EUR 281.089,80
Aremis-Charleroi	435.839	5,67	4,00	154	EUR 1.654,79	EUR 254.837,66
A.S.B.L. Reliance (Association Régionale en Soins Palliatifs de Mons-Borinage-La Louvière-Soignies)	547.312	7,12	6,21	239	EUR 1.593,14	EUR 380.760,46
Association Régionale de Concertation sur les Soins Palliatifs du Hainaut Occidental (Tournai)	300.538	3,91	3,39	130	EUR 1.507,75	EUR 196.007,50
Association des Soins Palliatifs de la Province de Namur	438.864	5,71	4,13	159	EUR 1.554,98	EUR 247.241,82
Plate-forme de soins palliatifs de l'Est francophone (Verviers)	200.077	2,60	2,60	100	EUR 1.623,01	EUR 162.301,00
Accompagner (Luxembourg)	243790**	2,60	2,61	100	EUR 1.713,51	EUR 171.351,00
Au Fil des Jours (Luxembourg)		2,60	2,60	100	EUR 1.471,04	EUR 147.104,00
A.S.B.L. Delta (Liège)	745.161	9,69	7,82	301	EUR 1.587,99	EUR 477.984,99
Palliativpflegeverband der Deutschsprachigen Gemeinschaft	70.000	1,43	1,43	50	EUR 1.856,34	EUR 92.817,00
Continuing Care (Bruxelles)	950.597***	4,00	3,99	153	EUR 1.608,72	EUR 246.134,16
Semiramis (Bruxelles)		3,40	3,40	131	EUR 1.579,19	EUR 206.873,89
Cliniques Universitaires Saint-Luc - Equipe Interface (Bruxelles)		3,40	3,10	119	EUR 1.712,50	EUR 203.787,50
TOTALEN :		134,75	121,75	4678		EUR 7.651.849,72

* Het vermelde inwonersaantal is het inwonersaantal van de regio Halle-Vilvoorde. Daarnaast is Omega ook actief in Brussel, als vierde Brusselse equipe. De maximale omkadering die wordt vermeld in kolom 3, houdt niet alleen rekening met het aantal inwoners van de regio Halle-Vilvoorde, maar ook met de verdeling die de 4 Brusselse equipes onderling hebben afgesproken (zie voetnoot drie)

** Op basis van haar inwonersaantal kan de provincie Luxemburg normaliter slechts aanspraak maken op één equipe van 3,17 voltijdsen. Om te vermijden dat de provincie Luxemburg het - in vergelijking met de jaren vóór 1999 - met minder middelen zou moeten stellen voor palliatieve zorgverlening, werd in 1999 voor deze provincie evenwel een uitzondering gemaakt en werden er toen overeenkomsten gesloten met 2 equipes van 2,6 voltijdsen.

*** Op basis van zijn inwonersaantal kan Brussel aanspraak maken op een totale omkadering van 12,36 voltijdsen. Deze werden door de 4 equipes die in Brussel actief zijn, onderling (ongelijk) verdeeld.

**** De vermelde jaarenveloppe is het budget waarover de equipe kan beschikken indien ze vergoedbare tussenkomsten verricht voor het aantal patiënten waarvoor ze per jaar geacht wordt tussen te komen. De enveloppe wordt berekend door het minimum aantal patiënten te vermenigvuldigen met het forfait. Als de equipe voor méér patiënten tussenkomt, mag ze nog voor een beperkt aantal patiënten een sterk verminderd forfait (momenteel 136,84 euro) aanrekenen. De werkelijke uitgaven van de ziekteverzekering voor een equipe kunnen afwijken van het vermelde forfait in functie van onder meer het werkelijke aantal patiënten waarvoor de equipes is tussengekomen, (eventuele) aanpassingen van het forfait in de loop van het jaar, de data dat bepaalde forfaits worden aangerekend, enz.

Tabel 23: Inwonersaantal, maximale en werkelijke personeelsomkadering per equipe

Naam equipe (+ vestigingsgebied) (1)	Inwonersaantal van de regio waarbinnen de equipe actief is en dat als basis is genomen om de maximale omkadering van de equipe te bepalen (2)	Aantal inwoners op 1 januari 2003 (3)	Evolutie van de bevolking (in %) (4)	Maximale omkadering (aantal voltijdse krachten) waarop deze equipe aanspraak kan maken op basis van het inwonersaantal van de regio (5)	Werkelijke omkadering van de equipe op 30 juni 2004 volgens de overeenkomst met het RIZIV (6)	Minimum aantal patiënten waarvoor deze equipe geacht wordt tussen te komen, gelet op de werkelijke omkadering (7)
Palliatieve Hulpverlening Antwerpen	672.495	673.436	0,14	8,74	7,40	285
Ispahan (Turnhout)	400.034	411.773	2,93	5,20	5,19	200
Palliatief Netwerk Arrondissement Mechelen	302.361	308.665	2,08	3,93	3,82	147
Netwerk Palliatieve Zorg Noorderkempen (Wuustwezel)	260.750	267.246	2,49	3,39	3,39	130
Palliatief Netwerk Arrondissement Leuven (PANAL)	452.187	462.080	2,19	5,88	5,39	207
Omega (Halle-Vilvoorde)	552.505*	565.759	2,40	8,68	7,15	275
Listel (Limburg)	779.969	802.526	2,89	10,14	7,48	288
Palliatieve Thuiszorg Gent-Eeklo	558.815	566.925	1,45	7,26	7,26	279
Netwerk Palliatieve Zorg Regio Aalst - Arrondissement Dendermonde - Regio Ninove	366.536	368.598	0,56	4,76	4,75	183
Het Leven Helpen (vzw Netwerk Palliatieve Zorg Zuid-Oost-Vlaanderen) (Ronse)	207.509	208.788	0,62	2,70	2,71	104
Netwerk Palliatieve Zorg Waasland (Sint-Niklaas)	221.877	225.826	1,78	2,88	2,88	111
Palliatieve Zorgen Westhoek (Oostende-Diksmuide)	308.086	313.544	1,77	4,01	4,00	154
Palliatieve Zorg Noord West-Vlaanderen (Brugge ^o)	261.022	265.108	1,57	3,39	3,39	130
Netwerk Palliatieve Zorg Zuid-West-Vlaanderen (Kortrijk)	305.056	303.884	-0,38	3,97	3,97	153
De Mantel (Roeselare)	249.622	251.395	0,71	3,25	3,25	125
Domus - Soins continus et palliatifs à domicile en Brabant Wallon	341.565	358.012	4,82	4,44	4,44	171
Aremis-Charleroi	435.839	431.161	-1,07	5,67	4,00	154
A.S.B.L. Reliance (Association Régionale en Soins Palliatifs de Mons-Borinage-La Louvière-Soignies)	547.312	548.481	0,21	7,12	6,21	239
Association Régionale de Concertation sur les Soins Palliatifs du Hainaut Occidental (Tournai)	300.538	302.065	0,51	3,91	3,39	130
Association des Soins Palliatifs de la Province de Namur	438.864	450.395	2,63	5,71	4,13	159
Plate-forme de soins palliatifs de l'Est francophone (Verviers)	200.077	204.559	2,24	2,60	2,60	100
Accompagner (Luxembourg)	243790**	252.295	2,24	2,60	2,61	100
Au Fil des Jours (Luxembourg)				2,60	2,60	100
A.S.B.L. Delta (Liège)	745.161	749.713	0,61	9,69	7,82	301
Palliativpflegeverband der Deutschsprachigen Gemeinschaft	70.000	71.571	2,24	1,43	1,43	50
Continuing Care (Bruxelles)	950.597***	992.041	2,24	4,00	3,99	153
Semiramis (Bruxelles)				3,40	3,40	131
Cliniques Universitaires Saint-Luc - Equipe Interface (Bruxelles)				3,40	3,10	119
TOTALEN:				134,75	121,75	4.678

* Het vermelde inwonersaantal is het inwonersaantal van de regio Halle-Vilvoorde. Daarnaast is Omega ook actief in Brussel, als vierde Brusselse equipe. De maximale omkadering die wordt vermeld in kolom 5, houdt niet alleen rekening met het aantal inwoners van de regio Halle-Vilvoorde, maar ook met de verdeling die de 4 Brusselse equipes onderling hebben afgesproken (zie voetnoot drie).

** Op basis van haar inwonersaantal kan de provincie Luxemburg normaliter slechts aanspraak maken op één equipe van 3,17 voltijdsen. Om te vermijden dat de provincie Luxemburg het - in vergelijking met de jaren vóór 1999 - met minder middelen zou moeten stellen voor palliatieve zorgverlening, werd in 1999 voor deze provincie evenwel een uitzondering gemaakt en werden er toen overeenkomsten gesloten met 2 equipes van 2,6 voltijdsen.

*** Op basis van zijn inwonersaantal kan Brussel aanspraak maken op een totale omkadering van 12,36 voltijdsen. Deze werden door de 4 equipes die in Brussel actief zijn, onderling (ongelijk) verdeeld.

Bijlage 6 – deel 1, hoofdstuk 1

Tabel 24 : Verdeling per equipe tussen patiënteel met kanker-aandoeningen en niet-kanker aandoeningen.

	Nom de l'équipe	Pathologie cancéreuse	%	Pathologie non-cancéreuse	%	total
1	Palliatieve Hulpverlening Antwerpen	429	91,28	41	8,72	470
2	Ispahan	246	83,67	48	16,33	294
3	Palliatief Netwerk Arrondissement Mechelen	131	87,92	18	12,08	149
4	Netwerk Palliatieve Zorg Noorderkempen	142	79,78	36	20,22	178
5	Palliatief Netwerk Arrondissement Leuven (PANAL)	220	80,29	54	19,71	274
6	Omega	354	84,09	67	15,91	421
7	Listel	301	84,79	54	15,21	355
8	Palliatieve Thuiszorg Gent-Eeklo	395	87,97	54	12,03	449
9	Netwerk Palliatieve Zorg Regio Aalst-Arrondissement Dendermonde Regio Ninove	301	73,06	111	26,94	412
10	Het Leven Helpen (vzw Netwerk Palliatieve Zorg Zuid-Oost-Vlaanderen)	169	77,52	49	22,48	218
11	Netwerk Palliatieve Zorg Waasland	182	79,82	46	20,18	228
12	Palliatieve Zorgen Westhoek	225	79,79	57	20,21	282
13	Palliatieve Zorg Noord West-Vlaanderen	263	60,6	171	39,40	434
14	Netwerk Palliatieve Zorg Zuid-West-Vlaanderen	213	81,61	48	18,39	261
15	De Mantel	251	81,49	57	18,51	308
16	Domus - Soins continus et palliatifs à domicile en Brabant Wallon	152	77,16	45	22,84	197
17	Aremis-Charleroi	137	79,65	35	20,35	172
18	A.S.B.L. Reliance (Association Régionale en Soins Palliatifs de Mons-Borinage-La Louvière-Soignies)	241	84,27	45	15,73	286
19	Association Régionale de Concertation sur les Soins Palliatifs du Hainaut Occidental	126	79,25	33	20,75	159
20	Association des Soins Palliatifs de la Province de Namur	168	74,34	58	25,66	226
21	Plate-forme de soins palliatifs de l'Est francophone	124	79,49	32	20,51	156
22	Accompagner	96	64	54	36,00	150
23	Au Fil des Jours	47	69,12	21	30,88	68
24	A.S.B.L. Delta	241	81,69	54	18,31	295
25	Palliativpflegeverband der Deutschsprachigen Gemeinschaft	46	68,66	21	31,34	67
26	Continuing Care	246	83,11	50	16,89	296
27	Semiramis	128	88,89	16	11,11	144
28	Cliniques Universitaires Saint-Luc (Equipe Interface)	130	88,44	17	11,56	147
	totaux	5704	80,38	1392	19,62	7096

Bron: tabel 20 – stagerapport Godinot

Bijlage 7 – deel 1, hoofdstuk 1

Tabel 25 : Arbeidstijd die door de equipes wordt besteed aan tussenkomsten die aanleiding kunnen geven tot de uitbetaling van een forfait

Equipe ¹	Arbeidstijd (in uren) ² die volgens de werkingsverslagen-2002 van de equipes werd besteed aan				Aantal VTE therapeutisch personeel waarover de equipe in 2002 gemiddeld kon beschikken (cf. de gesloten overeenkomsten)	Gemiddelde arbeidstijd (in uren) die per voltijdse kracht (therapeutisch personeel) in 2002 werd besteed aan			
	Huisbezoeken	Contacten (telefonische en andere)	Coördinatievergaderingen	Totaal		Huisbezoeken	Contacten (telefonische en andere)	Coördinatievergaderingen	Totaal
1	221	271	69	560	6,4	34	42	11	88
2	601	293	63	957	4,73	127	62	13	202
3	784	652	91	1.526	5,39	145	121	17	283
4	693	146	30	869	2,97	233	49	10	293
5	798		57	855	2,89	276	0	20	296
6	393	481	15	888	2,9	135	166	5	306
7	1.145	501	58	1.704	4,69	244	107	12	363
8	723	334	13	1.070	2,75	263	122	5	389
9	1.241	88	26	1.355	3,2	388	27	8	423
10	667	174	51	891	2,1	318	83	24	424
11	624	336	76	1.036	2,25	277	149	34	460
12	1.605	440	37	2.082	4,41	364	100	8	472
13	518	637	37	1.192	2,38	217	268	16	501
14	1.243	412	86	1.740	3,37	369	122	25	516
15	641	136	11	788	1,43	448	95	8	551
16	1.392	282	106	1.780	3,13	445	90	34	569
17	1.502	481	12	1.995	3,18	472	151	4	627
18	1.152	229	24	1.406	2,1	549	109	12	670
19	1.816	311	381	2.508	3,73	487	83	102	672
20	1.068	370	82	1.521	2,1	509	176	39	724
21	3.662	563	114	4.339	5,89	622	96	19	737
22	1.965	683	48	2.696	3,4	578	201	14	793
23	2.384	243	15	2.641	2,6	917	93	6	1016
24	3.150	538	700	4.388	4,2	750	128	167	1045
25	1.854	394	102	2.350	2,12	875	186	48	1108
26	3.142	220	-	3.362	2,89	1087	76	0	1163
27	4.120	557	30	4.707	3,49	1181	160	9	1349
Rekenkundig gemiddelde van alle equipes :						456	113	25	594
Gewogen rekenkundig gemiddelde (rekening gehouden met de omvang van iedere equipe) :						431	108	26	565

¹ Omdat het werkingsverslag van één equipe terzake helemaal geen gegevens bevat, zijn in deze tabel slechts 27 (in plaats van 28) equipes opgenomen. Omdat de gegevens met betrekking tot de arbeidstijd in de werkingsverslagen-2002 van de equipes nogal wat gebreken vertonen, moeten de gegevens uit deze tabel enigszins worden gerelativeerd en is er voor geopteerd om de gegevens te presenteren zonder vermelding van de naam van de equipe, teneinde bepaalde equipes niet te viseren. De equipes werden gerangschikt op basis van de resultaten in de laatste kolom.

² Voor sommige equipes is de vermelde arbeidstijd gebaseerd op de hypothese dat een huisbezoek 1,5 uur duurt, een (meestal telefonisch) contact 10 minuten en een coördinatievergadering 1 uur.

Bijlage 8 – deel 1, hoofdstuk 5

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 COMITE VAN DE VERZEKERING VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING EN (NAAM VAN DE INRICHTENDE MACHT) (NAMENS ZIJN DAGCENTRUM VOOR PALLIATIEVE VERZORGING)

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

Op voorstel van het College van geneesheren-directeurs, ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering ;

Wordt overeengekomen wat volgt, tussen :

enerzijds,

Het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, verder in de tekst aangeduid als «het Verzekeringscomité»,

en anderzijds,

(naam van de inrichtende macht: V.Z.W.) (namens zijn dagcentrum voor palliatieve verzorging). De (naam van de V.Z.W.) wordt verder in de tekst aangeduid als de «inrichtende macht» en het dagcentrum voor palliatieve verzorging wordt verder in de tekst meestal afgekort tot «het dagcentrum».

VOORWERP VAN DE OVEREENKOMST

Artikel 1. Deze overeenkomst regelt de werking en de tijdelijke financiering, bij wijze van experiment, van het dagcentrum voor palliatieve verzorging van (de V.Z.W.).

De overeenkomst definieert de doelstellingen van dit dagcentrum, de patiëntenpopulatie op wie de activiteiten van het dagcentrum zich richten, de prestaties die door het dagcentrum mogen worden aangerekend en de samenstelling van de personeelsequipe van het dagcentrum.

Voor de rechthebbenden van de verzekering legt de overeenkomst de honoraria en prijzen vast van de tussenkomsten van het dagcentrum. Voor de partijen die de overeenkomst afsluiten, regelt de overeenkomst niet alleen de onderlinge betrekkingen en de respectievelijke bevoegdheden, maar ook de betrekkingen met en de bevoegdheden van zowel de Dienst voor geneeskundige verzorging als de verzekeringsinstellingen.

ALGEMEEN KADER

Artikel 2. § 1. Alhoewel vele terminale patiënten, hierin gesteund door hun omgeving, er de voorkeur aan geven om in het eigen thuismilieu te sterven in plaats van in een ziekenhuis (verpleeginrichting) of rusthuis, blijkt dat in de praktijk in heel wat gevallen nog steeds niet mogelijk te zijn, ondanks de maatregelen die de voorbije jaren reeds genomen zijn om terminale patiënten thuis een optimale verzorging te kunnen aanbieden en de kostprijs van zulke thuisverzorging voor de patiënt te verminderen. De crisissitu-

aties die zich soms voordoen op het vlak van pijn- en symptoomcontrole, kunnen samen met de in het algemeen al zware fysieke en psychische belasting van de verzorging van een terminale patiënt voor diens omgeving, de extra-spanningen die de psychische toestand van de terminale patiënt soms meebrengt (mede als gevolg van het feit dat de leefwereld van de zieke soms sterk ingeperkt is) en de praktische problemen voor de omgeving om op alle dagen en uren de nodige zorg te waarborgen, gemakkelijk leiden tot ziekenhuisopnamen of opnamen in een rustoord of een rust- en verzorgingstehuis, die mits een betere ondersteuning hadden kunnen vermeden worden. Zeker voor alleenwonenden is het bestaan van zulke ondersteuning extra-belangrijk om hospitalisaties te kunnen vermijden of te kunnen inkorten.

Het is in deze context dat het dagcentrum voor palliatieve verzorging er naar streeft om de mogelijkheden die terminale patiënten hebben om thuis te verblijven en thuis te sterven, te verruimen, door:

- de patiënten in het dagcentrum aangepaste, gespecialiseerde zorg te geven die in het thuismilieu niet of moeilijk kan verleend worden en zo het fysiek en psychisch comfort van de patiënt te verhogen en onnodige ziekenhuisopnamen te vermijden;
- via een aangepast activiteiten aanbod en via de mogelijkheden tot sociaal contact die het dagcentrum biedt, de autonomie en het psychologisch welbevinden van de patiënt te verhogen (waardoor zijn draagkracht toeneemt en eventuele spanningen in het thuismilieu afnemen);
- de belasting voor de mantelzorg (en eventueel ook voor de betrokken zorgverleners van de eerste lijn) te verminderen, doordat de patiënt bepaalde dagen in het dagcentrum kan doorbrengen.

De zorgverlening die het dagcentrum in zijn lokalen aanbiedt, richt zich uitsluitend op palliatieve patiënten die nog thuis verblijven, zoals verder omschreven wordt in artikel 3. Het ambulante karakter van het dagcentrum impliceert dat deze zorgverlening beperkt is tot maximum 12 uur per dag.

Om zijn doelstellingen te verwezenlijken werkt het dagcentrum nauw samen met alle andere door de patiënt gekozen zorgverleners en zorgvoorzieningen die betrokken zijn bij de palliatieve verzorging van een terminale patiënt in diens thuismilieu, met name de huisarts en apotheker van de patiënt en in de meeste gevallen ook de door de patiënt gekozen (dienst van) thuisverpleegkundige(n), naast eventueel geneesheren-specialisten, de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging, de kinesitherapeut, psycholoog, sociaal assistent, priester of moreel consulent.

§ 2. Palliatieve verzorging is het geheel van de zorgverlening aan terminale patiënten waarvan de levensbedreigende ziekte niet langer op curatieve therapieën reageert. Voor die patiënten is de bestrijding van pijn en andere hinderlijke symptomen, alsook de psychologische, sociale en spirituele ondersteuning, van essentieel belang. Het belangrijkste doel van de palliatieve verzorging is de zieke en zijn familie een zo groot mogelijke levenskwaliteit en maximale autonomie te bieden. In die zin bevestigt de palliatieve verzorging het leven en beschouwt ze sterven als een normaal proces, waarbij het belangrijk is dat de patiënt in de best mogelijke omstandigheden kan sterven. Palliatieve verzorging is er derhalve op gericht de kwaliteit van het nog resterende leven te verhogen. Het verlengen of verkorten van het leven is op zich geen doel van de palliatieve verzorging.

§ 3. Terminale patiënten die hun laatste levensfase thuis willen doorbrengen en thuis willen sterven, moeten daarvoor beroep kunnen doen op de door hen gekozen en hen vertrouwde zorgverleners van de eerste lijn, in de eerste plaats de huisarts van de patiënt, die de leiding heeft van de behandeling van de patiënt, en de door de patiënt gekozen (dienst van) thuisverpleegkundige(n). Deze zorgverleners, eventueel aangevuld door andere hulpverleners, paramedici en spirituele begeleiders waarop de patiënt beroep wenst te doen (kinesitherapeut, sociaal assistent, apotheker, psycholoog, priester of moreel consulent, vrijwilligers, enz.), staan in voor de noodzakelijke palliatieve verzorging en begeleiding van de patiënt. Gespecialiseerde voorzieningen als een dagcentrum voor palliatieve zorg of een multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging hebben hierin slechts een aanvullende rol.

Om de samenwerking met al deze zorgverleners en begeleiders concreet vorm te geven, zal het dagcentrum, voor iedere patiënt die op het dagcentrum beroep doet, in het algemeen contact opnemen met alle andere zorgverleners van de eerste lijn die nauw betrokken zijn bij de verzorging van die patiënt en specifiek met de huisarts van de patiënt de in artikel 14 bedoelde samenwerkingsovereenkomst sluiten.

§ 4. Het dagcentrum vormt een afzonderlijke functionele eenheid met eigen personeel en eigen lokalen.

Indien in het gebouw waarin het dagcentrum gevestigd is, buiten de diensten die het dagcentrum aanbiedt, nog andere activiteiten worden ontplooid door dezelfde inrichtende macht of door een andere inrichtende macht, dient er in principe een strikte scheiding te worden gehandhaafd tussen de activiteiten in het kader van deze overeenkomst en de activiteiten buiten het kader van deze overeenkomst, onder meer op het vlak van het personeel en het gebruik van de lokalen.

Indien het dagcentrum gevestigd is in een gebouw waarin zich ook een palliatieve ziekenhuiseenheid bevindt, is het echter niet verboden dat patiënten van beide voorzieningen een aantal uren van de dag in de lokalen van het dagcentrum doorbrengen teneinde het onderling sociaal contact te bevorderen. Patiënten van de palliatieve ziekenhuiseenheid kunnen in dergelijke gevallen eventueel ook deelnemen aan de activiteiten die door het dagcentrum worden aangeboden. De bepalingen van artikel 12 dat onder meer stipuleert dat de krachtens artikel 9 vastgestelde dagprijs, nooit mag aangerekend worden voor patiënten die in een palliatieve ziekenhuiseenheid zijn opgenomen, moeten evenwel ook in dergelijke gevallen worden nageleefd.

§ 5. Aangezien het aantal palliatieve dagcentra vermoedelijk steeds beperkt zal zijn, wordt van het dagcentrum verwacht dat het zich richt op alle palliatieve patiënten uit de regio waarin het dagcentrum gevestigd is en dat het zich niet beperkt tot patiënten die allemaal voor specialistische geneeskundige hulp beroep doen op dezelfde verpleeginrichting, als er in de regio ook nog andere verpleeginrichtingen zijn.

Om de noodzakelijke samenwerking met de huisartsen, geneesheren-specialisten en verpleeginrichtingen niet te bemoeilijken, zal het dagcentrum zich er voor hoeden op enigerlei wijze te bevorderen dat palliatieve patiënten algemene of specialistische geneeskundige hulp gaan zoeken bij andere zorgverleners of in een andere verpleeginrichting dan de zorgverleners of de verpleeginrichting van hun keuze vooraleer ze op het dagcentrum beroep deden. Indien in het dagcentrum aan een bepaalde patiënt geneeskundige verstrekkingen zouden worden verleend die gewoonlijk buiten het dagcentrum door andere zorgverleners aan die patiënt worden verleend, zal het dagcentrum (behalve in dringende gevallen) steeds voorafgaandelijk met die andere zorgverleners overleg plegen over de wenselijkheid om die specifieke verstrekkingen in het dagcentrum te verlenen.

§ 6. Patiënten van gelijk welk ras, geslacht, leeftijd, religie, levensbeschouwing of seksuele voorkeur moeten voor palliatieve verzorging in aanmerking kunnen komen. Het dagcentrum kan dan ook nooit weigeren zijn diensten te verlenen aan een palliatieve patiënt of samen te werken met de betrokken zorgverleners en begeleiders van een palliatieve patiënt omwille van het ras, het geslacht, de leeftijd, de religie, de levensbeschouwing of de seksuele voorkeur van de patiënt of de betrokken zorgverlener en begeleider. Indien het dagcentrum in sommige gevallen zou moeten afwegen op welke noden prioritair moet worden ingegaan, mogen overwegingen van deze aard nooit een rol spelen.

In de contacten met palliatieve patiënten, hun familie en omgeving, en de betrokken zorgverleners en begeleiders, zal het dagcentrum, in een geest van pluralisme, steeds uitgaan van het respect voor ieders (religieuze en filosofische) overtuiging en ieders autonomie en nooit stappen zetten om veranderingen op dit vlak te bewerkstelligen.

§ 7. Deze overeenkomst voorziet in een tijdelijke, experimentele financiering van het dagcentrum voor palliatieve verzorging.

De bedoeling van dit experiment is eerst en vooral na te gaan of het dagcentrum een bijdrage kan leveren aan een optimale verzorging thuis van terminale patiënten en zo het thuis verblijven en thuis sterven van terminale patiënten in kwalitatief verantwoorde omstandigheden kan bevorderen.

Daarnaast is het ook de bedoeling van dit experiment om na te gaan op welke wijze zulk dagcentrum voor palliatieve verzorging het best functioneert – in continuïteit met de zorgverlening thuis –, op welke manier dagcentra voor palliatieve verzorging het best structureel worden gefinancierd, welke patiënten door het dagcentrum worden bereikt, welke patiënten in welke fase van hun leven en hun ziekteverloop het meeste baat hebben bij de werking van zulk dagcentrum, en, rekening houdende met de regio waarbinnen het dagcentrum zijn patiënten recruteert, hoeveel dagcentra er in ons land zouden moeten worden opgericht om een redelijke dekking van het ganse land te bekomen.

Het dagcentrum zal zich terdege inspannen om, naast de verplichtingen die het terzake worden opgelegd in deze overeenkomst, relevante gegevens te verzamelen over al deze en andere aspecten

van zijn werking en hierover verslag uit te brengen in het in artikel 20 bedoelde activiteitenverslag en eventueel in wetenschappelijke publicaties, teneinde bij de afloop van het experiment een pertinente evaluatie ervan mogelijk te maken.

BEOOGDE POPULATIE

Artikel 3 § 1. De palliatieve patiënten die door het dagcentrum worden beoogd, zijn terminaal zieke patiënten die aan een ongeneeslijke ziekte lijden en die bovendien aan alle volgende bijkomende voorwaarden beantwoorden:

- de algemene gezondheidstoestand dient eerder slecht te zijn; de patiënt zal dan ook meestal afhankelijk zijn van derden voor wat sommige handelingen van het dagelijks leven betreft;
- elke niet-louter-symptomatische behandeling van de patiënt is overbodig;
- er wordt geen voorzienbare remissie van de patiënt verwacht;
- de verzorging van de patiënt vergt nu reeds of zal in de nabije toekomst toenemend een belangrijke tijdsintensieve en volgehouden inzet vergen van verzorgend personeel met een specifieke bekwaaming (algemeen geneeskundige, verpleegkundigen, enz.) en in sommige gevallen ook aangepaste technische middelen;
- de nog resterende levensverwachting van de patiënt mag niet meer bedragen dan 6 maanden.

§ 2. Het dagcentrum beoogt uitsluitend thuiswonende palliatieve patiënten die hun laatste levensfase zo lang mogelijk in hun thuismilieu willen doorbrengen en bij voorkeur daar willen sterven.

Dit betekent echter niet dat de patiënt noodzakelijk in de eigen woonplaats dient te verblijven. Ook patiënten die bij familie of vrienden verblijven, kunnen beroep doen op het dagcentrum, evenals patiënten die in een initiatief voor beschut wonen of een huisvestingsinrichting voor gehandicapten (MPI) verblijven.

§ 3. Patiënten die in een ziekenhuis (met inbegrip van een palliatieve ziekenhuseenheid), een psychiatrisch ziekenhuis, een rustoord voor bejaarden, een rust- en verzorgingstehuis of een psychiatrisch verzorgingstehuis zijn opgenomen, behoren - zolang ze in één van die voorzieningen zijn opgenomen - niet tot de patiëntenpopulatie die door het dagcentrum specifiek wordt beoogd, zelfs niet als het patiënten betreft die slechts partieel gehospitaliseerd zijn. Patiënten die in één van deze voorzieningen zijn opgenomen maar die een terugkeer naar een gewoon thuismilieu overwegen en/of die hiervoor in aanmerking komen, kunnen echter – nog tijdens hun verblijf in één van de bedoelde voorzieningen – één of enkele malen beroep doen op de diensten van het dagcentrum, teneinde met het dagcentrum kennis te maken en zo de terugkeer naar een gewone thuissituatie te bevorderen. De bepalingen van artikel 12 zijn evenwel ook op deze patiënten van toepassing: de dagen dat zulke patiënten in het dagcentrum doorbrengen kunnen bijgevolg niet door het dagcentrum worden aangerekend.

De mogelijkheid die onderhavige paragraaf aan het dagcentrum biedt om patiënten die in bepaalde voorzieningen zijn opgenomen, te laten kennismaken met het dagcentrum – met het oog op een terugkeer naar een gewone thuissituatie – wijzigt trouwens in generlei opzicht de regelgeving die op de bedoelde voorzieningen en de aldaar opgenomen patiënten van toepassing is.

De bepalingen van deze paragraaf sluiten verder in geen geval uit dat patiënten die in een palliatieve ziekenhuseenheid zijn opgenomen, onder de in artikel 2, § 4 gepreciseerde voorwaarden, geregeld op het dagcentrum beroep doen.

§ 4. Alleen patiënten die, op de dagen dat ze naar het dagcentrum komen, gedurende minimum 5 uur kunnen en willen gebruik maken van de diensten van het dagcentrum, worden beschouwd als patiënten die tot de doelgroep van het dagcentrum behoren.

§ 5. Het dagcentrum dient er rekening mee te houden dat het aantal dagcentra voor palliatieve verzorging en hun opvangcapaciteit vermoedelijk steeds beperkt zal zijn en dat het aantal palliatieve patiënten dat beroep zou willen doen op een dagcentrum, mogelijk steeds groter zal zijn dan het aanbod. In die context is het enerzijds aangewezen om zo veel mogelijk palliatieve thuiszorgpatiënten de kans te geven van de diensten van het dagcentrum gebruik te maken – wat kan impliceren dat het merendeel van de patiënten slechts één dag per week op het dagcentrum beroep kan doen - en anderzijds om absolute voorrang te geven aan patiënten die zouden moeten worden opgenomen in een verpleeginrichting, een rustoord voor

bejaarden of een rust- en verzorgingstehuis in het geval dat ze niet voldoende dagen beroep kunnen doen op het dagcentrum.

Voor patiënten die meerdere dagen per week in het dagcentrum doorbrengen, dienen de redenen hiervan te worden toegelicht in het in artikel 20 voorziene activiteitenverslag.

THERAPEUTISCH AANBOD VAN HET DAGCENTRUM

Artikel 4. Om de thuisverzorging van terminale patiënten in hun laatste levensweken en levensmaanden te ondersteunen, zal het dagcentrum minstens de volgende diensten aan de patiënten aanbieden:

- de mogelijkheid om van 9 tot 17 uur in het dagcentrum te verblijven;
- de mogelijkheid om alle verpleegkundige verstrekkingen die normaliter in de woonplaats van de patiënt worden verleend, in het dagcentrum te laten verlenen (door een verpleegkundige van het dagcentrum) op de dagen en uren dat de patiënt daar verblijft; over de preciese verpleegkundige verstrekkingen die in het dagcentrum (door een verpleegkundige van het dagcentrum) aan een bepaalde patiënt zullen worden verleend, dienen voorafgaandelijk tussen het dagcentrum, de huisarts en de betrokken thuisverpleegkundigen afspraken te worden gemaakt, die moeten worden vastgelegd in de in artikel 14, § 1 voorziene samenwerkingsovereenkomsten;
- de mogelijkheid om in het dagcentrum een bad te nemen, voor patiënten die dat thuis niet meer kunnen of voor wie een bad thuis te gevaarlijk of te moeilijk is geworden. Hiertoe moet het dagcentrum zelf over een aangepast bad beschikken of op dergelijke infrastructuur kunnen beroep doen in hetzelfde gebouw of in een ander gebouw dat op dezelfde site gelegen is;
- de aanwezigheid in het dagcentrum, tijdens alle uren dat patiënten in het dagcentrum aanwezig zijn, van een geneesheer of een verpleegkundige die deel uitmaakt van de personeelsequipe van het dagcentrum, zodat patiënten snel hulp kunnen krijgen in geval van medisch-verpleegkundige problemen. Naar de patiënten toe vervullen de geneesheer en verpleegkundige ook de rol van geprivilegieerde gesprekspartners over hun gezondheidstoestand;
- de mogelijkheid om geregeld (minstens één keer per twee weken) een gesprek te hebben met een psycholoog en/of een maatschappelijk assistent;
- de mogelijkheid om 's middags een aan ieders gezondheidstoestand aangepaste, voedzame warme maaltijd te gebruiken;
- de mogelijkheid om minstens een deel van de tijd dat de patiënten in het dagcentrum vertoeven, in een bed of ligzetel door te brengen, voor de patiënten die daar nood aan hebben;
- de mogelijkheid tot sociaal contact met andere patiënten, met de leden van de personeelsequipe van het dagcentrum, en eventueel met vrijwilligers die een bijdrage leveren aan de werking van het dagcentrum;
- de mogelijkheid om deel te nemen aan allerlei, aan de patiëntenpopulatie aangepaste activiteiten die door het dagcentrum worden aangeboden (allerlei creatieve technieken, gezelschapsspelen, televisiekijken, muziek beluisteren, werken met informatica, wandelen, enz.).

Eenzelfde patiënt moet niet noodzakelijk beroep doen op al de diensten die het dagcentrum aan zijn patiënten aanbiedt. De preciese diensten waarvan een patiënt gebruik maakt, kunnen derhalve sterk wisselen van patiënt tot patiënt.

Artikel 5. § 1. Om zijn therapeutisch aanbod aan de patiënten te verruimen en het niveau van de dienstverlening te verhogen, mag het dagcentrum overeenkomsten sluiten met geneesheren-specialisten en/of met ziekenhuizen met betrekking tot het verlenen van bepaalde geneeskundige verstrekkingen in het dagcentrum, die (onder de in dit artikel 5 gepreciseerde voorwaarden) boven op de krachtens artikel 9 vastgestelde dagprijs van het dagcentrum aan de patiënten en aan de verzekeringsinstellingen kunnen worden aangerekend.

De geneeskundige verstrekkingen die aldus in het dagcentrum zouden worden verleend, mogen echter alleen palliatieve patiënten zoals bedoeld in artikel 3 beogen, die ook beroep wensen te doen op bepaalde in artikel 4 omschreven diensten die het dagcentrum aanbiedt, die de essentie van hun aanwezigheid in het dagcentrum dienen te vormen. Patiënten aan wie louter (of hoofdzakelijk) geneeskundige verstrekkingen zouden worden verleend die boven op de krachtens artikel 9 vastgestelde dagprijs kunnen worden aangerekend, behoren dus niet tot de doelgroep van het dagcentrum.

Bij het verlenen van bepaalde verstrekkingen aan de patiënten dient steeds rekening te worden gehouden met de bepalingen van artikel 2, § 5.

§ 2. De in § 1 bedoelde geneeskundige verstrekkingen die boven op de krachtens artikel 9 vastgestelde dagprijs kunnen worden aangerekend, kunnen nooit worden verleend door zorgverleners die tot het eigen personeel van het dagcentrum behoren zoals dat omschreven is in artikel 6, behalve in de gevallen die omschreven zijn in artikel 8, § 4.

Het personeel van het dagcentrum zoals dat omschreven is in artikel 6, wordt daarenboven geacht geen enkele rol – hoe klein ook - te vervullen in het verlenen van de in § 1 bedoelde geneeskundige verstrekkingen.

§ 3. Deze overeenkomst noch de overeenkomsten die in toepassing van de bepalingen van dit artikel worden gesloten tussen het dagcentrum en bepaalde geneesheren-specialisten en/of ziekenhuizen, wijzigen in enig opzicht de normale reglementaire bepalingen die gelden voor het verlenen van bepaalde geneeskundige verstrekkingen. Alle reglementaire bepalingen zijn dus onverminderd van toepassing op de geneeskundige verstrekkingen die in het dagcentrum zouden worden verleend krachtens de overeenkomsten die het dagcentrum gesloten heeft met bepaalde geneesheren-specialisten en/of ziekenhuizen.

§ 4. Rekening houdende met de bepalingen van artikel 10, § 1, kunnen de overeenkomsten die het dagcentrum krachtens artikel 5, § 1 kan sluiten met ziekenhuizen betreffende het verlenen van bepaalde geneeskundige verstrekkingen in het dagcentrum, nooit betrekking hebben op verpleegkundige, kinesitherapeutische of fysiotherapeutische verstrekkingen die door zorgverleners die geen deel uitmaken van het personeel van het dagcentrum, in het dagcentrum zouden worden verleend.

PERSONEELSOMKADERING

Artikel 6. § 1. Om de kwaliteit van het therapeutisch aanbod aan de patiënten te verzekeren, dient het therapeutisch personeelskader van het dagcentrum minstens de volgende functies te omvatten:

- een huisarts of een geneesheer-specialist;
- een gegradueerd of gebrevetteerd verpleegkundige (verpleegkundige A 1 of A2);
- een psycholoog of een maatschappelijk assistent.

Buiten de personeelsleden met deze kwalificaties kunnen echter ook nog kinesitherapeuten, ergotherapeuten en opvoeders deel uitmaken van het therapeutisch personeel van het dagcentrum, alsmede personeel met een nog andere kwalificatie als dat volgens het dagcentrum eveneens een zinvolle bijdrage kan leveren tot de werking ervan (zoals blijkt uit een schriftelijke verantwoording van het dagcentrum) en als dat door het College van geneesheren-directeurs expliciet wordt aanvaard.

§ 2. Het totaal van het aantal werkuren van de verschillende geneesheren die deel uitmaken van het personeelskader van het dagcentrum, mag nooit meer bedragen dan een halftijdse betrekking.

§ 3. Het aandeel van het administratief personeel en het keuken- en onderhoudspersoneel in het personeelskader van het dagcentrum, mag nooit meer bedragen dan 25% van de totale personeelsomkadering van het dagcentrum.

§ 4. Het komt aan het dagcentrum toe de exacte samenstelling van zijn personeelskader te bepalen, in functie van de manier waarop het dagcentrum wil werken en rekening houdende met de voorwaarden van deze overeenkomst, waaronder de verplichting van artikel 4 dat er op alle dagen en uren dat er patiënten in het dagcentrum zijn, een geneesheer of een verpleegkundige in het dagcentrum moet aanwezig zijn.

De gedetailleerde samenstelling van het personeelskader (met name de preciese kwalificaties waarvoor het dagcentrum geopteerd heeft en het aantal uren van tewerkstelling per functie) blijkt uit de personeelstabel die als bijlage bij deze overeenkomst is gevoegd.

Indien het dagcentrum later, naar aanleiding van de vervanging van een personeelslid, wenst af te wijken van de eerder gemaakte keuzen met betrekking tot de samenstelling van het personeelskader, kan de overeenkomst onder de in artikel 23 beschreven voorwaarden worden herzien.

§ 5. Het in § 4 bedoelde personeelskader waarvan de preciese samenstelling wordt vermeld in de bijlage bij deze overeenkomst, dient te worden beschouwd als het personeel van het dagcentrum. Ook de personen die deze personeelsleden tijdelijk of definitief vervangen, dienen te worden beschouwd als personeel van het dagcentrum.

De zorgverleners die, krachtens de in artikel 5, § 1 bedoelde overeenkomsten, in het dagcentrum bepaalde geneeskundige verstrekkingen verlenen aan patiënten van het dagcentrum, worden evenwel niet beschouwd als personen die tot het personeel van het dagcentrum behoren.

Wie in een bepaalde periode tot het personeel van het dagcentrum behoort, kan in diezelfde periode op geen enkel ogenblik worden beschouwd als een zorgverlener die niet tot het personeel van het dagcentrum behoort. Zorgverleners die tot het personeel behoren, dienen dus de bepalingen die met betrekking tot het personeel in deze overeenkomst zijn ingeschreven, strikt na te leven en kunnen, zolang ze tot het personeel behoren, nooit aanspraak maken op de toepassing van de bepalingen van deze overeenkomst met betrekking tot de zorgverleners die geen deel uitmaken van het personeelskader.

Artikel 7. § 1. Om als huisarts of als geneesheer-specialist deel te kunnen uitmaken van het personeelskader van een palliatief dagcentrum, dient men met betrekking tot de palliatieve verzorging een specifieke theoretische opleiding van minstens 80 uur te hebben gevolgd, waarin onder meer dieper wordt ingegaan op aspecten van de palliatieve verzorging zoals:

- pijnbehandeling;
- de bestrijding van allerlei hinderlijke symptomen die kunnen voorkomen bij terminale patiënten;
- het gebruik van gespecialiseerd hulpmateriaal (pijnpomp, spuitaanrijver, onderhuids geneesmiddelenreservoir, ...);
- de psychologische en morele ondersteuning van de patiënt en zijn omgeving;
- het geven van informatie aan de patiënt en zijn omgeving over diagnose, behandeling en prognose.

Daarenboven dient men een stage doorlopen te hebben van minstens 192 uren in een erkende palliatieve ziekenhuiseenheid of dient men reeds zo lang effectief gewerkt te hebben in een dagcentrum voor palliatieve verzorging of in een multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging die zich richt op palliatieve verzorging in het thuismilieu van de patiënt.

Om blijvend kwalitatief werk te kunnen verrichten, dient een geneesheer die werkt in een dagcentrum voor palliatieve verzorging, ieder jaar minstens 20 uur specifieke bijscholing te volgen waarin bepaalde aspecten van de palliatieve verzorging worden uitgediept en waarin tevens ingegaan wordt op nieuwe ontwikkelingen en technieken.

§ 2. Om als verpleegkundige deel te kunnen uitmaken van het personeelskader van een palliatief dagcentrum, dient men met betrekking tot de palliatieve verzorging een specifieke theoretische opleiding van minstens 140 uur gevolgd te hebben, waarin de in § 1 genoemde aspecten van palliatieve verzorging aan bod komen. Daarenboven dient men een stage doorlopen te hebben van volle 12 weken (456 uren) in een erkende palliatieve ziekenhuiseenheid of dient men reeds 1 jaar voltijds gewerkt te hebben in een dagcentrum voor palliatieve verzorging of in een multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve verzorging die zich richt op palliatieve verzorging in het thuismilieu van de patiënt.

Om blijvend kwalitatief werk te kunnen verrichten, dient een verpleegkundige die werkt in een dagcentrum voor palliatieve verzorging, ieder jaar minstens 40 uur specifieke bijscholing te volgen waarin bepaalde aspecten van de palliatieve verzorging worden uitgediept en waarin tevens ingegaan wordt op nieuwe ontwikkelingen en technieken.

§ 3. Het dagcentrum moet tegenover de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV ten allen tijde kunnen aantonen dat de in dienst genomen geneeshe(e)r(en) en verpleegkundige(n) aan de in § 1 en § 2 vermelde specifieke opleidings-, ervarings- en bijscholingsvereisten beantwoorden.

Indien het dagcentrum een geneesheer of verpleegkundige in dienst neemt die bij zijn indiensttreding nog niet aan deze voorwaarden beantwoordt, dient het dagcentrum voor dit personeelslid een plan op te maken zodat dit personeelslid zo spoedig mogelijk wel aan alle vereisten beantwoordt. Uiterlijk 24 maanden na de indiensttreding moet alleszins aan alle voorwaarden voldaan zijn.

§ 4. Ook voor de andere leden van de therapeutische equipe (de personeelsleden met een andere kwalificatie dan die van geneesheer of verpleegkundige) is een goede basisvorming en een regelmatige bijscholing van groot belang voor de kwaliteit van het werk. Het dagcentrum zal dan ook de nodige maatregelen nemen om ook voor deze personeelsleden een aangepaste basisvorming en een zinvolle bijscholing te bevorderen. Op vraag van het RIZIV zal het dagcentrum verslag uitbrengen van de initiatieven die genomen zijn om de deskundigheid van het eigen personeel te verhogen.

DE VERZEKERINGSTEGEMOETKOMING

Artikel 8. § 1. Voor iedere rechthebbende die op een bepaalde dag minimum 5 uur in het dagcentrum aanwezig is geweest, kan het dagcentrum een forfaitaire dagprijs (verder in de tekst dagprijs of dagforfait genoemd) aan de verzekeringsinstelling van de rechthebbende aanrekenen, behalve als het gaat om een rechthebbende zoals bedoeld in de artikelen 11 en 12.

Die prijs omvat alle werkingskosten van het dagcentrum, de kosten van het in het dagcentrum verbruikte verzorgingsmateriaal, al de verstrekkingen die verleend worden door het in artikel 6 bedoelde personeel van het dagcentrum en al de kosten van activiteiten die binnen en buiten het dagcentrum plaatsvinden, met inbegrip van de kosten van het materiaal dat gebruikt wordt in ateliers.

§ 2. Per dag en per rechthebbende kan de in § 1 gedefinieerde forfaitaire dagprijs slechts één keer worden aangerekend.

§ 3. Het dagcentrum verbindt zich er toe aan de rechthebbende geen toeslag aan te rekenen bovenop de prijzen bedoeld in § 1 van dit artikel.

De kostprijs van dranken en maaltijden die eventueel in het dagcentrum worden gebruikt, kan evenwel aan de rechthebbenden worden aangerekend.

§ 4. De kosten, gemoeid met de door het personeel van het dagcentrum aan rechthebbenden verleende verstrekkingen, mogen nooit boven op de forfaitaire dagprijs worden aangerekend, noch aan de rechthebbende, noch aan de verzekeringsinstellingen.

Deze bepaling geldt ook voor verstrekkingen die door het personeel van het dagcentrum aan patiënten van het dagcentrum zouden worden verleend buiten het dagcentrum en voor verstrekkingen die eventueel zouden worden verricht door personen die, op basis van het statuut van zelfstandige, bepaalde functies die in het personeelskader van het dagcentrum zijn voorzien, contractueel vervullen.

Verder is deze bepaling ook van toepassing op de verstrekkingen die in het dagcentrum door het personeel zouden worden verricht voor patiënten buiten het kader van de ten laste genomen begeleidingsperiode (met name voor kandidaat-patiënten en voor patiënten die niet aan de voorwaarden beantwoorden voor de vergoeding van de dagprijs) of voor mensen uit de omgeving van de rechthebbenden (ouders, partner, kinderen, ...).

Het in deze paragraaf opgenomen verbod om geneeskundige verstrekkingen aan te rekenen boven op de dagprijs, is echter niet van toepassing op de verstrekkingen die krachtens de in artikel 5 bedoelde overeenkomsten worden verleend door bepaalde geneesheren-specialisten.

Ook op de geneeskundige verstrekkingen die buiten het dagcentrum zouden worden verleend door de geneeshe(e)r(en) die tot het in artikel 6 omschreven personeel van het dagcentrum behoren, zijn de bedoelde verbodsbepalingen niet van toepassing, al is het, gelet op de bepalingen van artikel 2, § 5, van groot belang dat de geneesheren van het dagcentrum zich op dit vlak terughoudend opstellen.

Indien geen enkele andere geneesheer dan één geneesheer-specialist deel uitmaakt van het in artikel 6 omschreven personeel van het dagcentrum en dit voor maximum 6 uur per week, mogen ook de geneeskundige verstrekkingen (met uitzondering van de raadplegingen en consulten) die door deze geneesheer-specialist in het dagcentrum zouden worden verleend aan patiënten van het dagcentrum (met respect van de bepalingen van artikel 2, § 5) boven op de forfaitaire dagprijs van het dagcentrum aan de patiënten en verzekeringsinstellingen worden aangerekend.

Het personeel van het dagcentrum wordt verondersteld geen enkele rol te vervullen in de verstrekkingen die door de hiervoor genoemde geneesheer-specialist in het dagcentrum zouden worden verricht en die boven op de forfaitaire dagprijs worden aangerekend.

§ 5. Indien een rechthebbende in het dagcentrum zelf overlijdt, is voor die dag de dagprijs verschuldigd, ook als de rechthebbende minder dan 5 uur in het dagcentrum heeft doorgebracht.

§ 6. Het dagcentrum verbindt zich ertoe om alle nodige maatregelen te nemen met het oog op de naleving van deze bepalingen. Het niet-naleven van de bepalingen van dit artikel wordt door de partijen als een motief voor het opzeggen van de overeenkomst beschouwd, op voorwaarde dat het dagcentrum de kans heeft gehad om de redenen voor het niet-naleven van deze bepalingen toe te lichten.

Artikel 9. § 1. De in artikel 8 gedefinieerde dagprijs wordt vastgesteld op euro, rekening houdend met het personeel en de werkingskosten vermeld in bijlage bij deze overeenkomst.

§ 2. Het indexeerbaar gedeelte van de in § 1 vastgestelde dagprijs wordt gekoppeld aan het spilindexcijfer 109,45 (februari 2002) van de consumptieprijzen. Dat indexeerbaar gedeelte, waarvan de hoegrootheid wordt vermeld in bijlage bij deze overeenkomst, wordt aangepast volgens de bepalingen van de wet van 1 maart 1977 houdende inrichting van een stelsel waarbij sommige uitgaven in de overheidssector aan het indexcijfer van de consumptieprijzen van het Rijk worden gekoppeld.

Artikel 10. § 1. Verpleegkundige, kinesitherapeutische en fysiotherapeutische verstrekkingen die in het dagcentrum zouden worden verricht, kunnen in principe nooit boven op de krachtens artikel 9 vastgestelde dagprijs worden aangerekend, noch aan de rechthebbenden, noch aan de verzekeringsinstellingen.

Indien de door de patiënt gekozen (dienst van) thuisverpleegkundige(n), die instaat voor de verpleegkundige verzorging van de patiënt in zijn thuismilieu, evenwel uitzonderlijk, één of enkele malen, bepaalde verpleegkundige verstrekkingen in het dagcentrum zou verlenen aan de patiënt, samen met een verpleegkundige van het dagcentrum, teneinde de thuisverpleegkundige beter vertrouwd te maken met bepaalde aspecten van de verzorging van deze patiënt, kunnen deze verpleegkundige verstrekkingen door de thuisverpleegkundige die geen deel uitmaakt van het personeelskader van het dagcentrum, echter wel worden aangerekend, mits aan alle voorwaarden van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen is voldaan.

Indien de patiënt voor bepaalde aspecten van zijn palliatieve verzorging in zijn thuismilieu beroep doet op een eigen kinesitherapeut en indien een kinesitherapeut deel uitmaakt van het personeelskader van het dagcentrum, kunnen de kinesitherapeutische verstrekkingen die door de eigen kinesitherapeut uitzonderlijk, één of enkele malen, samen met de kinesitherapeut van het dagcentrum, in het dagcentrum zouden worden verricht, teneinde de eerstgenoemde kinesitherapeut beter vertrouwd te maken met bepaalde aspecten van de kinesitherapeutische behandeling van deze patiënt, eveneens worden aangerekend, mits aan alle voorwaarden van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen is voldaan.

§ 2. Om de samenwerking tussen het dagcentrum en de huisarts van de patiënt te bevorderen, kunnen de verstrekkingen worden aangerekend die aan de patiënt zouden worden verleend in het dagcentrum door de eigen huisarts van de patiënt, die instaat voor de verzorging van de patiënt in zijn thuismilieu en die geen deel uitmaakt van het personeelskader van het dagcentrum.

NIET-VERGOEDBARE PATIËNTEN

Artikel 11. § 1. Gelet op het profiel van de palliatieve patiënten zoals die door het dagcentrum worden beoogd en in artikel 3 zijn omschreven, is de krachtens artikel 9 vastgestelde dagprijs niet meer verschuldigd voor palliatieve patiënten die reeds 6 maanden of meer door het dagcentrum worden begeleid. Bijgevolg kan voor een patiënt voor wie de dagprijs voor het eerst op een bepaalde dag van een bepaalde maand is aangerekend geweest of verschuldigd is, die dagprijs niet meer aangerekend worden vanaf diezelfde dag van de zesde maand die daarop volgt.

§ 2. Indien de toestand van een patiënt onverhoopt verbetert binnen de maand die volgt op de eerste dag waarvoor een dagforfait voor die patiënt verschuldigd is en op voorwaarde dat die patiënt in die

eerste maand maximum 8 dagen op het dagcentrum beroep heeft gedaan, waarna hij gedurende minimum één maand geen beroep meer doet op het dagcentrum (omdat de tussenkomsten van het dagcentrum door de verbeterde toestand van de patiënt tijdelijk overbodig zijn geworden), wordt met deze onderbrekingsperiode rekening gehouden en begint de in § 1 bedoelde periode van 6 maanden pas te lopen vanaf de eerste dag dat de patiënt opnieuw op het dagcentrum beroep doet, na de onderbrekingsperiode van minimum één maand. Met de dagen dat de patiënt op het dagcentrum beroep gedaan heeft vóór de onderbrekingsperiode, wordt in dat geval geen rekening gehouden. Deze uitzonderingsregeling kan voor eenzelfde patiënt echter maar één maal worden toegepast.

§ 3. Om te bepalen wat de eerste dag is waarvoor de dagprijs verschuldigd is (wat per definitie de dag is vanaf welke de in § 1 en § 2 bedoelde periode van 6 maanden begint te lopen), worden dagen waarvoor de verzekeringstegemoetkoming niet verschuldigd is omdat de rechthebbende op die dagen niet aan de algemene verzekeraarvoorwaarden beantwoordde of omdat de in artikel 16, § 1 bedoelde aanvraag niet is ingediend binnen de termijn die voorzien is in de bepalingen van het in dat artikel vermelde koninklijk besluit, beschouwd als vergoedbare dagen. Als de eerste dag die een rechthebbende doorbrengt in het dagcentrum en die aan de voorwaarden van artikel 8 beantwoordt, niet vergoedbaar blijkt te zijn omdat de rechthebbende op die dag niet aan de verzekeraarvoorwaarden beantwoordde of omdat de in artikel 16, § 1 bedoelde aanvraag niet binnen de voorziene termijn is ingediend, begint de in § 1 van dit artikel 11 voorziene termijn van 6 maanden bijgevolg toch te lopen vanaf de eerste dag die de rechthebbende heeft doorgebracht in het dagcentrum en die aan de voorwaarden van artikel 8 beantwoordt, ook al is de dagprijs uiteindelijk voor die dag niet verschuldigd.

§ 4. Het dagcentrum verbindt er zich toe de patiënten voor wie de dagprijs krachtens de bepalingen van dit artikel niet meer kan aangerekend worden, verder zoals voorheen tot het dagcentrum toe te laten en alle diensten van het dagcentrum verder aan deze patiënten aan te bieden. Behalve dat de dagprijs voor zulke patiënten niet meer kan worden aangerekend, worden deze patiënten dan ook beschouwd als gewone patiënten van het dagcentrum waarop al de reglementaire bepalingen van deze overeenkomst van toepassing zijn, met inbegrip van de bepalingen van artikel 8, §§ 3 en 4 en artikel 10.

In welke mate de werkelijk begeleide patiëntenpopulatie verschilt van de vooropgestelde populatie, zal mee deel uitmaken van de geplande evaluatie van het experiment «dagcentra voor palliatieve verzorging».

Artikel 12. De krachtens artikel 9 vastgestelde dagprijs kan in geen geval worden aangerekend voor de dagen dat de rechthebbende opgenomen is in een rustoord voor bejaarden, een rust- en verzorgingstehuis, of een psychiatrisch verzorgingstehuis.

Ook voor de dagen dat een rechthebbende beroep heeft gedaan op een centrum voor dagverzorging (voor bejaarden), kan de dagprijs nooit worden aangerekend.

Aangezien het dagcentrum krachtens de bepalingen van artikel 3, § 3 geen ziekenhuispatiënten beoogt, kan de dagprijs normaliter ook niet worden aangerekend op de dagen dat een patiënt in een ziekenhuis (met inbegrip van een palliatieve ziekenhuiseenheid) of psychiatrisch ziekenhuis is opgenomen, zelfs niet als het slechts om een partiële hospitalisatie gaat. Indien een rechthebbende die de dag in het dagcentrum heeft doorgebracht en aan alle vergoedingsvoorwaarden beantwoordt, later op de dag dringend en onverwacht in een ziekenhuis moet worden opgenomen, vormt deze plotselinge ziekenhuisopname echter geen beletsel om de krachtens artikel 9 vastgestelde dagprijs aan te rekenen.

CAPACITEIT VAN HET DAGCENTRUM

Artikel 13. § 1. Deze overeenkomst wordt gesloten voor een daggemiddelde van ... patiënten die op eenzelfde dag gedurende minimum 5 uur van de diensten van het dagcentrum gebruik hebben gemaakt, ongeacht of deze patiënten rechthebbenden van de verzekering voor geneeskundige verzorging zijn of niet en zonder rekening te houden met het feit of de dagprijs voor deze patiënten vergoedbaar is of niet.

Aangezien het personeelskader van het dagcentrum afgeleid is van dit patiëntenaantal (en rekening houdende met het aantal dagen per week dat het dagcentrum zal open zijn), is het niet wenselijk dat dit aantal sterk overschreden wordt, omdat hierdoor de kwaliteit van de zorgverlening in gevaar zou kunnen worden gebracht.

Rekening houdende met de verplichtingen van artikel 11 om patiënten die niet meer vergoedbaar zijn toch verder in het dagcentrum te begeleiden en met het feit dat sommige patiënten veel minder tijd in het dagcentrum zullen doorbrengen dan andere, kan het dagcentrum op bepaalde dagen echter meer patiënten toelaten dan de hierboven vooropgestelde capaciteit.

Voor eenzelfde dag kan de dagprijs echter nooit meer dan ... keer (*3 patiënten meer dan de hierboven vooropgestelde capaciteit*) aan de verzekeringsinstellingen of aan andere instanties worden aangerekend.

§ 2. Naast het maximum aantal vergoedbare patiënten per dag dient het dagcentrum er ook rekening mee te houden dat bepaalde maxima over een langere periode niet overschreden worden.

Omdat de in artikel 9 vastgestelde dagprijs werd berekend, zoals vermeld in bijlage bij de overeenkomst, rekening houdend met een bezettingsgraad van 80% en de kosten van het dagcentrum bijgevolg reeds worden gedekt bij een bezettingsgraad van 80%, wordt dienaangaande onderscheid gemaakt tussen de «normale facturatiecapaciteit» en de «maximale facturatiecapaciteit».

De "normale facturatiecapaciteit" wordt gedefinieerd als het normale totaal van de in een bepaalde periode gerealiseerde begeleidingsdagen die voor vergoeding door de verzekeringsinstellingen in aanmerking komen en stemt overeen met een bezettingsgraad van 80%.

De "maximale facturatiecapaciteit" wordt gedefinieerd als het maximum aantal in een bepaalde periode gerealiseerde begeleidingsdagen die voor vergoeding door de verzekeringsinstellingen of door andere instanties in aanmerking komen, en stemt overeen met een bezettingsgraad van 100%.

Zonder rekening te houden met de eventuele toepassing door het dagcentrum van de bepalingen van artikel 21, § 5, die aanleiding geven tot een proportionele vermindering van de hierna vermelde «normale facturatiecapaciteit» en «maximale facturatiecapaciteit», bedraagt de «normale facturatiecapaciteit» in de periode van ... 2002 (= *de datum van inwerkingtreding van de overeenkomst*) tot en met 31 december 2002, ... vergoedbare dagen. De «maximale facturatiecapaciteit» bedraagt in diezelfde periode ... vergoedbare dagen.

Voor de kalenderjaren 2003 en 2004 bedragen de «normale facturatiecapaciteit» en de «maximale facturatiecapaciteit» respectievelijk ... en ... vergoedbare dagen.

Het dagcentrum verbindt zich ertoe nooit dagen aan te rekenen boven de "maximale facturatiecapaciteit", noch aan de rechthebbenden, noch aan de verzekeringsinstellingen, noch aan andere instanties.

Het dagcentrum verbindt er zich tevens toe, indien in één van de hiervoor vermelde periodes de "normale facturatiecapaciteit" wordt overschreden, voor de aan de verzekeringsinstellingen gefactureerde dagen die de «normale facturatiecapaciteit» overschrijden, slechts een verminderde prijs aan te rekenen die 20% bedraagt van de krachtens artikel 9 vastgestelde prijs.

Voor de toepassing van de bepalingen van deze paragraaf dienen de dagen die aan de Belgische verzekeringsinstellingen zouden worden gefactureerd voor patiënten die ten laste zijn van een buitenlandse verzekeringsinstelling, niet te worden beschouwd als door de verzekeringsinstellingen vergoedbare dagen; die dagen mogen bijgevolg worden beschouwd als dagen ten laste van andere instanties.

MEDISCH-ADMINISTRATIEVE BEPALINGEN

Artikel 14. § 1. Rekening houdende met de bepalingen van artikel 2, § 3, die stipuleren dat de huisarts van de patiënt de leiding heeft van de behandeling van palliatieve patiënten die thuis verblijven en dat een dagcentrum voor palliatieve zorg hierin slechts een aanvullende rol heeft, zal het dagcentrum voor iedere patiënt een schriftelijke samenwerkingsovereenkomst sluiten met de huisarts van die patiënt.

Via die samenwerkingsovereenkomst, die duidelijk moet vermelden met wie ze wordt gesloten en op welke patiënt ze betrekking heeft, moet de huisarts van de patiënt onder meer worden geïnformeerd over:

- de mogelijkheid om zelf in het dagcentrum bepaalde verstrekkingen te verrichten (cf. artikel 10, § 2);

- de mogelijkheid dat personeel van het dagcentrum bepaalde verstrekkingen één of enkele malen samen met de door de patiënt gekozen zorgverleners in het dagcentrum verrichten, teneinde die eerste-lijnszorgverleners vertrouwd te maken met bepaalde aspecten van de palliatieve verzorging van de patiënt (cf. artikel 10, § 1);
- de mogelijkheden die het dagcentrum eventueel aanbiedt om bepaalde geneeskundige verstrekkingen in het dagcentrum te verlenen (cf. artikel 5, zoals dit begrensd wordt door de bepalingen van artikel 2, § 5);
- de mogelijkheid om deze samenwerkingsovereenkomst op ieder ogenblik aan te passen (cf. artikel 14, § 2).

Verder moet in zulke samenwerkingsovereenkomst worden ingegaan op de dagen en uren dat de patiënt op het dagcentrum beroep zal doen. Ook moet erin worden omschreven wat voor die specifieke patiënt tot de opdrachten van het dagcentrum behoort en wat zeker niet tot de opdrachten van het dagcentrum behoort (o.m. wat betreft het verlenen in het dagcentrum – door het personeel van het dagcentrum of door de in artikel 5 bedoelde zorgverleners - van geneeskundige verstrekkingen die normaliter voor die patiënt buiten het dagcentrum worden verleend, bv. verpleegkundige en kinesitherapeutische verstrekkingen maar ook verstrekkingen waarvoor de patiënt normaliter beroep doet op een geneesheer-specialist of een verpleeginrichting).

§ 2. Het dagcentrum verbindt zich er toe zich in zijn tussenkomsten met betrekking tot een bepaalde patiënt strikt te houden aan wat schriftelijk overeengekomen is met de huisarts van de patiënt, behalve in dringende gevallen, waarvan nadien wel steeds verslag moet worden uitgebracht bij de huisarts en die opgetekend moeten worden in het in artikel 17 bedoelde medisch-therapeutisch dossier.

In onderling overleg tussen het dagcentrum en de huisarts kan de samenwerkingsovereenkomst met betrekking tot een bepaalde patiënt wel op ieder ogenblik gewijzigd worden, om ze aan te passen aan de geëvolueerde noden van de patiënt en van de betrokken zorgverleners.

§ 3. Het dagcentrum zal er voor waken dat de samenwerkingsovereenkomsten die met de huisartsen worden gesloten, nergens afwijken van de bepalingen van deze overeenkomst.

Artikel 15. De begeleiding van een rechthebbende in het dagcentrum komt alleen maar voor vergoeding door de verzekering voor geneeskundige verzorging in aanmerking als het College van geneesheren-directeurs (dat ingesteld is bij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V.) of de advise-rend geneesheer – in het geval dat die reglementair bevoegd is - zich gunstig heeft uitgesproken over de tenlasteneming van de begeleiding van die rechthebbende in het dagcentrum.

Een dergelijke gunstige beslissing geeft echter niet automatisch recht op een financiële tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging: alleen de dagen die effectief gerealiseerd worden binnen de door de bevoegde instantie aanvaarde begeleidingsperiode en die aan alle andere in deze overeenkomst gestelde voorwaarden beantwoorden, komen voor vergoeding in aanmerking.

Artikel 16. § 1. Een aanvraag om tenlasteneming - door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging - van de tussenkomsten van het dagcentrum moet door de rechthebbende worden ingediend overeenkomstig de bepalingen van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Het dagcentrum verbindt zich ertoe de rechthebbende te helpen bij het indienen van de aanvragen, onder meer door te waken over de voor het indienen vastgestelde termijn.

§ 2. Het in § 1 genoemde koninklijk besluit voorziet onder meer dat de rechthebbende de aanvraag om tenlasteneming indient aan de hand van een door het Verzekeringscomité goedgekeurd model. Hierbij dient verplicht een medisch verslag gevoegd te worden, opgesteld onder de verantwoordelijkheid van een arts van het dagcentrum. Dit medisch verslag dient steeds minstens de volgende gegevens te vermelden:

- de aandoening waaraan de rechthebbende lijdt (te vermelden op basis van de ICD-10-classificatie);
- de identificatiegegevens van de huisarts, de thuisverpleegkundige en belangrijke geneesheren-specialisten die voor de zorgverlening aan deze patiënt instaan;

- de handelingen van het dagelijks leven waarvoor de patiënt afhankelijk is van derden (op het ogenblik dat het dagcentrum voor het eerst tussenkomt);
 - de redenen waarom de tussenkomsten van het dagcentrum voor deze patiënt geïndiceerd zijn.
- Het opstellen door het dagcentrum van voormeld medisch verslag voor een bepaalde rechthebbende, houdt in hoofde van het dagcentrum de bevestiging in dat die rechthebbende aan alle voorwaarden van deze overeenkomst beantwoordt om in aanmerking te komen voor de zorgverlening van het dagcentrum en meer bepaald aan de voorwaarden van artikel 3.

Het College van geneesheren-directeurs kan ten allen tijde een model opleggen voor het opmaken van dit medisch verslag.

Een kopie van de in artikel 14, § 1 bedoelde samenwerkingsovereenkomst met de huisarts van de rechthebbende moet als bijlage bij het medisch verslag worden gevoegd.

§ 3. Mits de in § 1 bedoelde aanvraag is ingediend binnen de wettelijk voorziene termijn en volgens het College van geneesheren-directeurs – of volgens de adviserend geneesheer, in het geval dat die reglementair bevoegd is - op medisch vlak aan de voorwaarden van de overeenkomst beantwoordt, zal de toestemming om het verblijf in het dagcentrum ten laste te nemen, om praktische redenen steeds verleend worden voor een periode van 6 maanden, te rekenen vanaf de eerste (normaliter vergoedbare) dag die een patiënt heeft doorgebracht in het dagcentrum, ook als de nog resterende levensverwachting van de rechthebbende korter is dan 6 maanden.

Rekening houdende met de bepalingen van artikel 3, § 1 en van artikel 11, kan deze periode van 6 maanden niet verlengd worden, behalve in het geval de bepalingen van artikel 11, § 2 van toepassing zijn. Het dagcentrum verbindt er zich dan ook toe geen aanvragen om verlenging van deze periode in te dienen, tenzij de bepalingen van artikel 11, § 2 van toepassing zouden zijn .

Aangezien de bepalingen van deze overeenkomst de juridische basis vormen voor de beslissingen van het College (of van de adviserend geneesheer, in het geval dat die reglementair bevoegd is) met betrekking tot de tenlasteneming van een bepaalde rechthebbende, zijn beslissingen die ten onrechte zouden worden genomen en die er toe strekken een bepaalde rechthebbende langer ten laste te nemen dan krachtens de bepalingen van deze overeenkomst mogelijk is, niet geldig.

ANDERE WERKINGSVOORWAARDEN

Artikel 17. Voor iedere patiënt, al dan niet rechthebbende van de verzekering voor geneeskundige verzorging, zal het dagcentrum een medisch-therapeutisch dossier bijhouden, dat naast de gegevens die voor het dagcentrum nodig zijn om deze patiënt een optimale palliatieve verzorging te kunnen aanbieden, ook een aantal gegevens bevat die statistisch kunnen verwerkt worden in het in artikel 20 bedoelde activiteitenverslag van de equipe.

Dit individueel dossier dient onder meer de volgende gegevens te bevatten:

- de naam, geboortedatum, het officiële adres en de feitelijke verblijfplaats van de patiënt;
- alle briefwisseling met betrekking tot deze patiënt;
- een exemplaar van de in artikel 14, § 1 bedoelde samenwerkingsovereenkomst;
- diagnostische gegevens met betrekking tot de (ongeneeslijke) ziekte(n) waaraan de patiënt lijdt (te vermelden op basis van de ICD-10-classificatie);
- gegevens betreffende de mate waarin de patiënt afhankelijk is van hulp van derden wat betreft de handelingen van het dagelijks leven (de mate waarin een patiënt afhankelijk is, dient te worden weergegeven op basis van de criteria die worden vermeld in artikel 151 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, zoals gewijzigd door koninklijke besluiten van 28 januari 1999 en 13 juni 1999);
- de feitelijke woonsituatie van de patiënt: woont de patiënt alleen of woont hij samen met anderen (partner, kinderen, ouders, familie of vrienden) of woont de patiënt in een collectieve woon- of zorgvoorziening (beschut wonen, MPI, enz.);
- gegevens met betrekking tot de bij de palliatieve verzorging betrokken zorgverleners (huisarts, thuisverpleegkundige(n), geneesheer-specialist(en), apotheker, ...) en het overleg dat met deze zorgverle-

ners wordt gevoerd (met inbegrip van de gemaakte afspraken over de organisatie van de zorgverlening);

- een vermelding van de gevallen waarin is afgeweken van de inhoud van de in artikel 14, § 1 voorziene samenwerkingsovereenkomst, met opgave van de redenen hiervan;
- de besluiten van teamvergaderingen met betrekking tot deze patiënt;
- de eventuele tussentijdse hospitalisatieperiodes van de patiënt;
- de datum van de eerste aanwezigheidsdag in het dagcentrum;
- de datum van de laatste aanwezigheidsdag in het dagcentrum;
- indien deze patiënt in bepaalde weken meer dan één dag per week in het dagcentrum heeft doorgebracht: de specifieke redenen hiervoor;
- de datum en de plaats van het overlijden van de patiënt (thuis, in een ziekenhuis – in een gewone ziekenhuisdienst of in een palliatieve zorgseenheid - , in een rustoord voor bejaarden, een rust- en verzorgingstehuis, een psychiatrisch verzorgingstehuis, het dagcentrum zelf, enz. Indien het dagcentrum de plaats van overlijden niet kent, dienen de redenen hiervoor toegelicht te worden).

Het College van geneeheren-directeurs kan ten allen tijde meer gedetailleerde instructies uitvaardigen voor het bijhouden van het medisch-therapeutisch dossier, teneinde over preciesere gegevens over de werking van het dagcentrum te kunnen beschikken en deze gegevens beter te kunnen vergelijken met die van andere dagcentra voor palliatieve verzorging.

Artikel 18. § 1. Het dagcentrum verbindt er zich toe een dagboek bij te houden waarin, per dag, de identiteit van iedere patiënt die een gedeelte van de dag in het dagcentrum heeft doorgebracht, wordt vermeld, evenals het preciese uur waarop de patiënt is aangekomen in het dagcentrum en het exacte uur waarop de patiënt uit het dagcentrum is vertrokken. Dit dagboek dient te worden ingevuld op het tijdstip dat de patiënt aankomt in het dagcentrum en op het tijdstip dat de patiënt vertrekt uit het dagcentrum.

§ 2. Het dagcentrum verbindt zich er toe, op basis van het in § 1 bedoeld dagboek, een samenvattend aanwezigheidsregister bij te houden dat per dag vermeldt welke patiënten die dag van de diensten van het dagcentrum gebruik hebben gemaakt, ongeacht of de patiënten rechthebbenden zijn van de verzekering voor geneeskundige verzorging of niet en ongeacht of de tussenkomsten van het dagcentrum aan de vergoedingsvoorwaarden van deze overeenkomst beantwoorden of niet. In dit register moeten dus niet alleen de normaliter vergoedbare dagen worden opgetekend maar ook de dagen dat patiënten minder dan 5 uur in het dagcentrum hebben doorgebracht, evenals de dagen die worden gerealiseerd voor patiënten die de in artikel 11 bepaalde maximaal vergoedbare begeleidingsperiode hebben overschreden. Ook de dagen die worden gerealiseerd voor patiënten die in een verpleeginrichting, een rustoord voor bejaarden, een rust- en verzorgingstehuis of een psychiatrisch verzorgingstehuis zijn opgenomen (hierna de residentieel opgenomen patiënten genoemd) moeten in het register worden vermeld. In het aanwezigheidsregister dient derhalve onderscheid te worden gemaakt tussen :

- de (niet residentieel opgenomen) patiënten waarvoor de krachtens artikel 9 vastgestelde dagprijs kan worden aangerekend (het betreft dus patiënten die op de beschouwde dag minimum 5 uur in het dagcentrum hebben doorgebracht en die de in artikel 11 bepaalde maximaal vergoedbare begeleidingsperiode niet overschrijden);
- de (niet residentieel opgenomen) patiënten die op de beschouwde dag minimum 5 uur in het dagcentrum hebben doorgebracht maar die de in artikel 11 bepaalde maximaal vergoedbare begeleidingsperiode hebben overschreden (voor deze patiënten is geen vergoeding verschuldigd);
- de (niet residentieel opgenomen) patiënten die de in artikel 11 bepaalde maximaal vergoedbare begeleidingsperiode niet hebben overschreden maar die op de beschouwde dag minder dan 5 uur in het dagcentrum hebben doorgebracht (voor deze patiënten is evenmin een vergoeding verschuldigd; patiënten die systematisch slechts heel beperkt van het dagcentrum gebruik maken, behoren volgens artikel 3 niet tot de doelgroep van het dagcentrum);
- de (niet residentieel opgenomen) patiënten die op de beschouwde dag minder dan 5 uur in het dagcentrum hebben doorgebracht en die tevens de in artikel 11 bepaalde maximaal vergoedbare begeleidingsperiode hebben overschreden (ook voor deze patiënten is geen vergoeding verschuldigd);
- de patiënten die, conform de bepalingen van artikel 3, § 3, tijdens hun verblijf in een verpleeginrichting, een rustoord voor bejaarden, een rust- en verzorgingstehuis of een psychiatrisch verzorgingstehuis, beroep hebben gedaan op het dagcentrum om met het dagcentrum kennis te maken, in functie van een eventuele terugkeer naar een gewone thuissituatie, ongeacht het aantal uren

- dat ze in het dagcentrum hebben doorgebracht (ook voor deze patiënten is geen vergoeding verschuldigd);
- de patiënten die in een palliatieve ziekenhuiseenheid zijn opgenomen die in hetzelfde gebouw als het dagcentrum is gevestigd, en die een gedeelte van de dag in het dagcentrum hebben doorgebracht, conform de bepalingen van artikel 2, § 4, ongeacht het aantal uren dat ze in het dagcentrum hebben doorgebracht en ongeacht het aantal weken of maanden dat deze patiënten eventueel al van het dagcentrum hebben gebruik gemaakt, vóór hun huidige opname in de palliatieve ziekenhuiseenheid. Voor deze patiënten is geen vergoeding verschuldigd.

Tevens moet in dit register worden vermeld hoeveel uren (naar beneden afgerond tot een geheel getal) iedere patiënt op een bepaalde dag in het dagcentrum heeft doorgebracht.

Het register moet iedere avond worden ingevuld op het ogenblik dat het dagcentrum zijn deuren sluit.

Het dient te worden bijgehouden op basis van een model dat door de dienst voor geneeskundige verzorging ontworpen is.

§ 3. Het niet nakomen van de in de §§ 1 en 2 van dit artikel vermelde verplichtingen wordt als een zware fout beschouwd. Als het Verzekeringscomité vaststelt dat die verplichtingen op bepaalde dagen niet behoorlijk zijn nagekomen, kan dat Comité de verzekeringstegemoetkoming voor die dagen weigeren. Die maatregel beperkt in geen geval het recht van het Verzekeringscomité om eventueel andere nuttige maatregelen te nemen, net zoals het dat ook kan in alle andere gevallen waarin is vastgesteld dat de verplichtingen waarin is voorzien in deze overeenkomst of in de wetgeving betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, niet zijn nagekomen.

Het dagcentrum verbindt zich ertoe de verstrekkingen waarvoor de verzekeringstegemoetkoming wordt geweigerd op grond van deze bepalingen, niet aan te rekenen aan de rechthebbende.

§ 4. Een afschrift van het in § 2 bedoelde register wordt maandelijks, vóór het einde van de maand die volgt op de maand waarop het register betrekking heeft, naar de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV gestuurd.

§ 5. Het dagcentrum verklaart in te stemmen met eventuele toekomstige instructies van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV die tot doel hebben de naleving van de verplichtingen van dit artikel te regelen via een systeem van magnetische drager.

Artikel 19. Het dagcentrum houdt een registratie bij van de geneeskundige verstrekkingen die in het dagcentrum worden verricht door geneesheren-specialisten en die krachtens de bepalingen van artikel 5 en artikel 8, § 4 boven op de dagprijs worden aangerekend. Het betreft zowel de verstrekkingen die in het dagcentrum worden verricht door geneesheren-specialisten die geen deel uitmaken van het personeel van het dagcentrum als – onder de voorwaarden van artikel 8, § 4 – de verstrekkingen van de geneesheer-specialist die wel deel uitmaakt van de personeelsequipe van het dagcentrum.

Met betrekking tot iedere geneeskundige verstrekking die boven op de dagprijs wordt aangerekend, dienen de volgende gegevens te worden geregistreerd:

- de identiteit van de verstreker (naam + identificatienummer);
- de identiteit van de patiënt;
- de datum van de verstrekking;
- om welke verstrekking het juist gaat (weer te geven aan de hand van de nomenclatuurcode van de bedoelde verstrekking).

Artikel 20. Het dagcentrum dient ten laatste op 30 juni 2004 aan de Dienst voor geneeskundige verzorging een activiteitenverslag te bezorgen dat specifiek verslag uitbrengt over de werking van het dagcentrum in de periode die loopt vanaf de (in artikel 30 vermelde) datum dat deze overeenkomst van kracht geworden is, tot en met 31 december 2003.

Dit activiteitenverslag dient onder meer statistische gegevens (onder de vorm van frequentietabellen) te bevatten over:

- het aantal patiënten dat beroep heeft gedaan op het dagcentrum;
- de regionale verdeling van deze patiënten, uitgaande van de werkelijke verblijfplaats (aantal patiënten per gemeente);
- de leeftijd van de patiënten;
- de aandoening van de patiënten (te vermelden op basis van de ICD-10-classificatie);
- de mate waarin patiënten afhankelijk zijn van derden voor de handelingen van het dagelijks leven (bij de start van de begeleiding door het dagcentrum en op het einde van de begeleiding door het dagcentrum), weer te geven op basis van dezelfde criteria als bedoeld in artikel 17;
- de feitelijke woonsituatie van de patiënt: woont de patiënt alleen of woont hij samen met anderen (partner, kinderen, ouders, familie of vrienden) of woont de patiënt in een collectieve woon- of zorgvoorziening (beschut wonen, MPI, enz.);
- het aantal huisartsen waarmee is samengewerkt voor de begeleiding van deze patiënten (meerdere patiënten kunnen eenzelfde huisarts delen): aantal huisartsen waarvan één patiënt op het dagcentrum beroep heeft gedaan, aantal huisartsen waarvan twee patiënten op het dagcentrum beroep hebben gedaan, enz.;
- de verpleeginrichting waarin deze patiënten voor hun aandoening zijn behandeld geweest, vóór ze naar het dagcentrum zijn gekomen (ongeacht of deze behandeling nog voortduurt of niet; indien patiënten in de loop van de behandeling van hun aandoening van verpleeginrichting veranderd zijn, dient de laatste verpleeginrichting te worden vermeld);
- de werkelijke duur van de periode (weer te geven in klassen van maanden) tijdens welke een patiënt die in zijn thuismilieu verblijft, beroep heeft gedaan op het dagcentrum, met name de periode tussen de eerste – normaliter vergoedbare - dag die de patiënt in het dagcentrum heeft doorgebracht en de laatste dag die hij in het dagcentrum heeft doorgebracht, ook als deze laatste dag niet vergoedbaar is omdat de in artikel 11 bepaalde maximale begeleidingsperiode werd overschreden. De dagen die een residentieel opgenomen patiënt, in toepassing van de bepalingen van artikel 2, § 4 of van artikel 3, § 3, in het dagcentrum heeft doorgebracht, mogen in deze statistiek niet verrekend worden. Onderbrekingen van de begeleidingsperiode die aan de voorwaarden van artikel 11, § 2 beantwoorden, mogen in deze statistiek niet in mindering gebracht worden: de duur van de onderbreking wordt dus meegeteld om de duur van de begeleiding te bepalen en wordt in deze statistiek dus beschouwd als een periode waarin de begeleiding is voortgezet, ook al heeft de patiënt in die periode geen beroep gedaan op het dagcentrum;
- het aantal patiënten waarvoor de bepalingen van artikel 11, § 2 (*krachtens welke, voor het vaststellen van de maximale begeleidingsperiode van 6 maanden, in bepaalde gevallen rekening kan worden gehouden met een belangrijke onderbreking van de begeleiding die zich kort na het begin van de begeleiding heeft voorgedaan*) zijn toegepast geweest en de werkelijke duur van de onderbrekingsperiode (weer te geven in klassen van weken) tijdens welke deze patiënten geen beroep hebben gedaan op de diensten van het dagcentrum;
- het aantal patiënten dat gebruik heeft gemaakt van de mogelijkheden van artikel 3, § 3 om - nog tijdens hun opname in een verpleeginrichting, een rustoord voor bejaarden, een rust- en verzorgingstehuis of een psychiatrisch verzorgingstehuis – kennis te maken met het dagcentrum, en het aantal van deze patiënten dat nadien teruggekeerd is naar een gewone thuissituatie en ook dan nog beroep heeft gedaan op de diensten van het dagcentrum;
- de duur van de periode tussen de laatste dag die een patiënt in het dagcentrum heeft doorgebracht en de datum dat hij overleden is (weer te geven in klassen van weken);
- de plaats van het overlijden van de patiënt: thuismilieu, beschut wonen, MPI, ziekenhuis (te onderscheiden: gewone ziekenhuiseenheid of palliatieve ziekenhuiseenheid), rustoord voor bejaarden, rust- en verzorgingstehuis, enz. ;
- het aantal dagen per week dat de patiënten werkelijk naar het dagcentrum gekomen zijn (patiënten die in de periode dat ze door het dagcentrum worden begeleid – met name de periode tussen de eerste dag die de patiënt in het dagcentrum heeft doorgebracht en de laatste dag die hij in het dagcentrum heeft doorgebracht -, in bepaalde weken helemaal niet naar het dagcentrum zijn gekomen, moeten in deze statistiek beschouwd worden als patiënten die in die weken 0 keer naar het dagcentrum zijn geweest);
- de duur (in uren) van de aanwezigheid van de patiënten in het dagcentrum;
- welke geneeskundige verstrekkingen boven op de dagprijs zijn aangerekend geweest en hoe frequent die verstrekkingen zijn verricht. Voor iedere verstrekking dient tevens te worden gedetailleerd hoeveel verschillende patiënten die verstrekking hebben genoten en hoe dikwijls die verstrekking aan eenzelfde patiënt is toegediend geweest;
- het aantal en de duur van de hospitalisatieperiodes die zich hebben voorgedaan vanaf de eerste dag dat de patiënt in het dagcentrum heeft doorgebracht.

Daarnaast dient dit activiteitenverslag ook een meer beschrijvend gedeelte te bevatten waarin de visie van het dagcentrum op haar werking en op bovenvermelde statistische gegevens wordt weergegeven en waarin dieper wordt ingegaan op de verschillende diensten die het dagcentrum werkelijk aanbiedt en de mate waarin deze aan een behoefte beantwoorden.

Het College van geneesheren-directeurs kan ten allen tijde meer gedetailleerde instructies uitvaardigen voor het opmaken van het activiteitenverslag, teneinde over preciesere gegevens over de werking van het dagcentrum te kunnen beschikken en deze gegevens te kunnen vergelijken met die van andere dagcentra voor palliatieve verzorging.

PERSONEELSZAKEN

Artikel 21. § 2. Teneinde de kwaliteit van de werking te verzekeren, verbindt de inrichtende macht zich ertoe om het krachtens artikel 6 samengestelde personeelskader steeds volledig op te vullen.

Dit houdt in dat de inrichtende macht voor iedere functie die voorzien is in de personeelstabel in bijlage, iemand effectief zal tewerkstellen die de voor die functie vooropgestelde kwalificaties bezit en dit gedurende het vooropgesteld aantal werkuren per week.

De kosten van de tewerkstelling van het personeel van het dagcentrum worden verondersteld volledig door de inrichtende macht te worden gedragen op basis van de inkomsten die kunnen worden geput uit deze overeenkomst. De functies die voorzien zijn in dit personeelskader kunnen voor het in bijlage vermelde aantal uren van tewerkstelling dan ook nooit worden vervuld door personeel dat in de bedoelde functies zou worden tewerkgesteld in het kader van een andere financieringsregeling voor palliatieve verzorging of in het kader van een bijzonder tewerkstellingsprogramma op basis waarvan andere overheidsinstanties geheel of gedeeltelijk, rechtstreeks of onrechtstreeks, tussenkomen in de loonkost.

Het Verzekeringscomité kan niet beschouwd worden als partij in de arbeidscontracten die gesloten worden tussen de inrichtende macht en haar personeel.

§ 3. De inrichtende macht verbindt zich ertoe, in toepassing van de bepalingen van § 1, steeds onverwijld alle nuttige schikkingen te treffen met het oog op de aanwerving van nieuw personeel, teneinde te vermijden dat een in het personeelskader voorziene functie niet meer zou opgevuld worden. Zo zal de inrichtende macht, zodra geweten is dat een in het personeelskader voorziene functie open zal komen te staan door ontslagneming, afdanking of door redenen van gewettigde langdurige afwezigheid (loopbaanonderbreking, verlof zonder wedde, ziekte, ...), onmiddellijk maatregelen nemen om in de tijdige vervanging van het tijdelijk of definitief weggevallen personeelslid te voorzien.

De inrichtende macht is evenwel niet verplicht een door haar ontslagen personeelslid dat op haar verzoek geen arbeidsprestaties meer verricht tijdens de nog bezoldigde wettelijke vooropzegperiode, gedurende die periode reeds te vervangen. De inrichtende macht is evenmin verplicht een personeelslid dat afwezig is wegens ziekte, te vervangen gedurende de wettelijke periode van gewaarborgd loon, periode tijdens welke het zieke personeelslid nog effectief door de inrichtende macht bezoldigd wordt.

§ 4. De inrichtende macht verbindt zich ertoe de Dienst voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V. steeds op de hoogte te houden van het effectief door haar tewerkgesteld personeel. Hiertoe zal de inrichtende macht trimestrieel alle wijzigingen met betrekking tot de opvulling van het voorziene personeelskader, schriftelijk aan de Dienst voor geneeskundige verzorging meedelen, ongeacht of het tijdelijke wijzigingen (wegens ziekte, loopbaanonderbreking, verlof zonder wedde, ...) of definitieve wijzigingen (wegens ontslagneming, afdanking, overschakeling naar deeltijds werk, ...) betreft.

De Dienst voor geneeskundige verzorging kan ten allen tijde een model voor het meedelen van de wijzigingen in het personeelskader opleggen.

§ 4. Indien het Verzekeringscomité vaststelt dat het dagcentrum zich niet gehouden heeft aan de bepalingen van artikel 21, § 1 en § 2, kan het Verzekeringscomité ertoe besluiten, naast andere nuttig geachte maatregelen, de krachtens artikel 9 vastgestelde dagprijs gedurende een bepaalde periode te vermindere-

ren met een bepaald bedrag, op voorwaarde dat het dagcentrum de gelegenheid gehad heeft om de redenen van niet-naleving van deze bepalingen schriftelijk toe te lichten.

De door het Verzekeringscomité te bepalen periode gedurende welke de krachtens artikel 9 vastgestelde dagprijs verminderd wordt, kan nooit de duur van de periode van niet-naleving van de bepalingen van artikel 21, § 1 en § 2 overschrijden.

Het bedrag waarmee de krachtens artikel 9 vastgestelde dagprijs kan worden verminderd, wordt vastgesteld op ... euro per voltijdse eenheid die gedurende een bepaalde periode in het personeelskader gemiddeld ontbreekt. Dit bedrag dient te worden beschouwd als een basisbedrag dat proportioneel kan aangepast worden rekening houdend met het reëel aantal ontbrekende personeelsleden, uitgedrukt in voltijdse eenheden. Het basisbedrag van ... euro wordt gekoppeld aan het spilindexcijfer 109,45 (februari 2002) en aangepast volgens de bepalingen van de in artikel 9, § 2 genoemde wet.

Indien terzelfder tijd de bepalingen van artikel 21, § 1 of § 2, en van artikel 21, § 3, niet worden nageleefd, is de in deze paragraaf bedoelde vermindering in ieder geval van toepassing, wat ook de redenen van de niet-naleving mogen zijn.

Het dagcentrum verbindt zich ertoe de op basis van de bepalingen van deze paragraaf toegepaste verminderingen in geen geval te verhalen op de in het dagcentrum opgenomen patiënten.

§ 5. Teneinde het dagcentrum de mogelijkheid te geven om zijn werking geleidelijk aan uit te bouwen en het reëel aantal begeleide patiënten en het aantal openingsdagen per week geleidelijk te verhogen, is het dagcentrum de eerste 6 maanden dat deze overeenkomst geldig is, in afwijking van de bepalingen van § 1 en § 2 van dit artikel, niet verplicht het in bijlage voorziene personeelskader volledig op te vullen. In dat geval moeten de in artikel 13, § 2 vermelde «normale facturatiecapaciteit» en «maximale facturatiecapaciteit» proportioneel aangepast worden in verhouding tot de effectieve opvulling van het personeelskader.

Deze mogelijkheid om tijdens de inlooperperiode af te wijken van de bepalingen van § 1 en § 2 van dit artikel, brengt verder geen enkele andere tijdelijke vrijstelling van bepalingen van deze overeenkomst met zich mee. Ook tijdens de inlooperperiode van 6 maanden moeten bijgevolg onder meer de bepalingen van de artikelen 4 en 6 gerespecteerd worden.

Artikel 22. § 1. De inrichtende macht verbindt zich ertoe het personeel van het dagcentrum ten minste te bezoldigen volgens de principes die aan de basis hebben gelegen van de berekening van de personeelskosten van het dagcentrum, berekening die zich in bijlage bij deze overeenkomst bevindt.

Deze berekening is voor alle personeelsleden, met uitzondering van de geneesheren, gebaseerd op de loonschalen van het paritair comité 305.1 (paritair comité van de privé-ziekenhuizen).

Voor de geneesheren is de berekening gebaseerd op het barema van adviserend geneesheer bij een verzekeringsinstelling.

De inrichtende macht verbindt zich ertoe bepaalde voordelen die in het raam van nieuwe C.A.O.'s, gesloten binnen het paritair comité 305.1, aan het personeel zouden toegekend worden en waarvan de kosten ten gevolge van een beslissing van het Verzekeringscomité in de krachtens artikel 9 vastgestelde dagprijs zouden opgenomen worden, eveneens toe te kennen aan het personeel van het dagcentrum.

§ 2. Indien een in artikel 6 voorziene functie contractueel wordt vervuld door een zelfstandige, verbindt de inrichtende macht zich ertoe voor de prestaties van deze zelfstandige een honorarium uit te betalen dat minstens gelijk is aan de totale loonkost in geval van tewerkstelling op basis van het werknemersstatuut. De totale loonkost in geval van tewerkstelling op basis van het werknemersstatuut omvat, naast de bruto-bezoldiging onder meer het vakantiegeld, alle premies en de patronale R.S.Z.-bijdragen.

De inrichtende macht zal voor iedere functie die contractueel vervuld wordt door een zelfstandige, onmiddellijk een kopie van het tussen de inrichtende macht en de betrokken zelfstandige gesloten contract bezorgen aan de Dienst voor geneeskundige verzorging.

De inrichtende macht verbindt zich ertoe, als een persoon op regelmatige basis gedurende meer dan 19 uur per week ingeschakeld is in de equipe, die persoon een werknemerscontract aan te bieden.

§ 3. Het dagcentrum verbindt zich ertoe ieder (loontrekkend of zelfstandig) personeelslid schriftelijk te informeren over de verplichtingen met betrekking tot zijn bezoldiging zoals die voortvloeien uit artikel 22 van deze overeenkomst.

Het dagcentrum bewaart de stukken waaruit blijkt dat het personeel ingelicht is over die verplichtingen en houdt ze ter beschikking van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV.

Het dagcentrum machtigt de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV om ieder personeelslid dat erom vraagt, de gegevens met betrekking tot zijn bezoldiging die voortvloeien uit de bepalingen van dit artikel, mede te delen.

§ 4. Het dagcentrum verbindt zich ertoe jaarlijks, ten laatste op 31 maart, aan het Fonds voor de uitbetaling van een vakbondspremie, het in de dagprijs verrekend vast bedrag (momenteel 2 frank) over te maken voor iedere dag die het voorbije kalenderjaar door de verzekeringsinstellingen uitbetaald werd.

Artikel 23. § 1. De in de dagprijs verrekende personeelskosten zijn berekend op basis van de omvang, de kwalificaties en de anciënniteit van het door het dagcentrum op een bepaalde datum werkelijk tewerkgestelde personeel.

Wat de anciënniteit betreft, zal voor al het personeel van het dagcentrum, met uitzondering van de geneesheren, rekening worden gehouden met alle anciënniteit die zij verworven hebben in eerdere functies waarvan de bezoldigingsregeling voorziet in een toenemende bezoldiging op basis van de anciënniteit en die zij hebben uitgeoefend op basis van de kwalificatie die voor hun huidige functie vereist is. Voor de geneesheren zal alleen rekening gehouden worden met de reeds uitgeoefende dienstjaren in een palliatieve equipe of in een dagcentrum voor palliatieve verzorging (naar analogie van de bezoldigingsregels voorzien in het statuut van de adviserend geneesheer).

Om rekening te kunnen houden met de reeds eerder verworven anciënniteit, dient het dagcentrum voor zijn personeel de nodige bewijsstukken van de vroegere tewerkstelling voor te leggen.

De berekening van de personeelskost is steeds een momentopname, rekening houdende met de exacte anciënniteit van het personeel op een bepaalde datum; die datum en de voor ieder personeelslid aangevaarde anciënniteit worden in de kostprijsberekening in bijlage vermeld.

Om te frequente aanpassingen van de dagprijs te vermijden en toch de toekomstige baremieke verhogingen reeds enigszins te dekken, wordt de op de berekeningsdatum geldende personeelskost evenwel forfaitair verhoogd met 2 %.

Met personeelsleden die binnen het dagcentrum voor een periode van maximaal 6 maanden de normale titularis van een bepaalde functie vervangen, wordt in de berekening van de personeelskost geen rekening gehouden. In zulk geval zal de berekening van de personeelskost gebeuren op basis van de kenmerken van de titularis.

§ 2. Het aandeel van de personeelskosten in de krachtens artikel 9 vastgestelde dagprijs zal aan de realiteit worden aangepast, indien de werkelijke personeelsuitgaven, tengevolge van de evolutie van de anciënniteit van het werkelijk tewerkgestelde personeel of tengevolge van wijzigingen in de samenstelling van het personeelsbestand, op jaarbasis 2 % hoger komen te liggen dan de personeelskosten die begrepen zijn in dat bedrag.

De inrichtende macht zal daartoe een aanvraag indienen bij de Dienst voor geneeskundige verzorging en conform de instructies van die Dienst een volledig geactualiseerd en gedocumenteerd personeelskostendossier samenstellen, op basis waarvan de Dienst voor geneeskundige verzorging de op dat ogenblik geldende personeelskost van het dagcentrum kan berekenen. Uit dat dossier moet tevens blijken dat de werkelijke personeelskosten inderdaad 2% hoger liggen dan de personeelskosten die begrepen zijn in de dagprijs.

Om de dagprijs aan de evolutie van de personeelskost aan te passen, zal de Dienst voor geneeskundige verzorging een wijzigingsclausule met in bijlage een nieuw berekeningsdocument aan het College van geneesheren-directeurs en het Verzekeringscomité voorleggen.

Een personeelskostendossier dat niet aan de instructies van de Dienst voor geneeskundige verzorging beantwoordt, zal door de Dienst voor geneeskundige verzorging als onontvankelijk worden beschouwd, wat aan de inrichtende macht zal meegedeeld worden.

De herberekende dagprijs zal van kracht worden de eerste dag van de maand volgend op de goedkeuring ervan door het Verzekeringscomité en ten laatste op de eerste dag van de vierde maand volgend op de datum van ontvangst door de Dienst voor geneeskundige verzorging van een volledig en nauwkeurig personeelskostendossier.

Om te frequente aanpassingen van de dagprijs te vermijden, kan een inrichtende macht evenwel geen beroep doen op de bepalingen van deze paragraaf gedurende het eerste jaar dat deze overeenkomst van toepassing is en gedurende een periode van één jaar die volgt op het van kracht worden van een verhoogde dagprijs, na een herberekening. Binnen de periode van één jaar die volgt op het van kracht worden van een verhoogde dagprijs, na een vraag van de inrichtende macht tot herberekening, kan de inrichtende macht dus geen nieuwe verhoging van de dagprijs aanvragen. Binnen die periode van één jaar dient de inrichtende macht de volledige financiële verantwoordelijkheid te dragen voor alle door de inrichtende macht genomen beheersbeslissingen met betrekking tot zijn personeel.

§ 3. Zoals vermeld in artikel 23, § 1, wordt de personeelskost van het dagcentrum berekend op basis van de kwalificaties (= het opleidingsniveau) van zijn personeel.

Wijzigingen in de kwalificaties van het tewerkgestelde personeel, met name de vervanging van bepaalde personeelsleden door personeelsleden van een lager opleidingsniveau, kunnen een belangrijke weerslag hebben op de loonkost,

Ook de vervanging van een personeelslid door een personeelslid met minder anciënniteit kan een belangrijke weerslag hebben op de loonkost.

Indien een personeelslid definitief of voor een voorzienbare termijn van meer dan 6 maanden, vervangen wordt door iemand van een lagere kwalificatie (= lager opleidingsniveau) of door iemand met minder anciënniteit, dient de inrichtende macht daarom, binnen de maand na de vervanging, de Dienst voor geneeskundige verzorging hiervan op de hoogte te brengen en die Dienst alle gegevens mee te delen die relevant zijn voor de berekening van de weerslag van deze vervanging op de loonkost van het dagcentrum. Deze verplichting geldt ook als een personeelslid slechts voor een deel van de uren dat hij voor het dagcentrum werkt, vervangen wordt.

De inrichtende macht zal hiertoe een afzonderlijk schrijven richten aan de Dienst voor geneeskundige verzorging dat uitsluitend ingaat op de vervanging van een personeelslid. De gegevens die krachtens artikel 21, § 3 trimestrieel aan de Dienst voor geneeskundige verzorging moeten worden bezorgd, kunnen nooit fungeren als het hier vereiste afzonderlijk schrijven, al dienen zulke belangrijke wijzigingen vanzelfsprekend ook opgenomen te worden in het in artikel 21, § 3 bedoelde trimestrieel overzicht.

Indien door zulke vervanging, eventueel in combinatie met eerdere wijzigingen in de equipe, de personeelskost minstens 2% lager komt te liggen dan de personeelskost die begrepen is in de dagprijs, zal het schrijven waarin de vervanging wordt meegedeeld, door de Dienst voor geneeskundige verzorging worden beschouwd als een aanvraag voor een volledige herberekening van de dagprijs. Met het oog op zulke herberekening door de Dienst voor geneeskundige verzorging, zal de inrichtende macht onverwijld ingaan op ieder verzoek van de Dienst voor geneeskundige verzorging om bijkomende informatie over al het tewerkgestelde personeel.

Om de dagprijs aan de evolutie van de personeelskost aan te passen, zal de Dienst voor geneeskundige verzorging een wijzigingsclausule met in bijlage een nieuw berekeningsdocument aan het College van geneesheren-directeurs en het Verzekeringscomité voorleggen, waardoor de dagprijs kan aangepast worden.

De herberekende dagprijs zal van kracht worden de eerste dag van de maand volgend op de goedkeuring ervan door het Verzekeringscomité en ten laatste op de eerste dag van de vierde maand die volgt op de datum dat de vervanging is doorgevoerd die de aanleiding vormde voor de herberekening van de personeelskost.

Om te frequente aanpassingen van de dagprijs te vermijden, kan een inrichtende macht geen beroep doen op de bepalingen van § 2 van dit artikel in de periode van één jaar die volgt op het van kracht worden van een nieuwe dagprijs. Binnen de periode van één jaar die volgt op het van kracht worden van een nieuwe dagprijs kan de inrichtende macht dus geen verhoging van de dagprijs aanvragen. Binnen die periode van één jaar dient de inrichtende macht de volledige financiële verantwoordelijkheid te dragen voor alle door de inrichtende macht genomen beheersbeslissingen met betrekking tot zijn personeel.

De Dienst voor geneeskundige verzorging kan echter binnen zulke periode van één jaar wel nog overgaan tot een nieuwe herberekening van de dagprijs als zich binnen die periode in het personeelsbestand van het dagcentrum nieuwe wijzigingen zouden voordoen waarop de bepalingen van deze paragraaf van toepassing zijn.

FACTURATIE EN BOEKHOUDING

Artikel 24. De inrichtende macht verbindt zich er toe een boekhouding te voeren, waarin de inkomsten en uitgaven die voortvloeien uit de werking van het dagcentrum, als een afzonderlijke kostenrubriek worden beschouwd, zodat het mogelijk is deze inkomsten en uitgaven te onderscheiden van de inkomsten en uitgaven van eventuele andere activiteiten van dezelfde inrichtende macht.

Het voeren van deze boekhouding dient zo veel mogelijk te gebeuren conform de door het Verzekeringscomité goedgekeurde boekhoudkundige richtlijnen voor de revalidatie-inrichtingen, onder meer wat de minimumindeling van het rekeningstelsel en de gehanteerde afschrijvingstermijnen voor investeringen betreft.

De inrichtende macht zal jaarlijks, binnen de zes maanden na het afsluiten van het boekjaar, dat telkens aanvangt op 1 januari en eindigt op 31 december, voor het geheel van de activiteiten van de inrichtende macht, op basis van de voorgeschreven modellen, een balans en resultatenrekening opmaken en deze bezorgen aan de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV. Hierbij zal tevens een exploitatierekening worden gevoegd die louter betrekking heeft op de werking van het dagcentrum.

De Dienst voor geneeskundige verzorging kan voor het opmaken van deze exploitatierekening ten allen tijde een eenvormig model opleggen.

De inrichtende macht moet de bewijsstukken van de inkomsten en uitgaven gedurende 10 jaar bewaren.

De gevoerde boekhouding dient steeds toegankelijk te zijn voor de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV.

Artikel 25. § 1. Het dagcentrum verbindt zich ertoe de krachtens artikel 9 vastgestelde dagprijs aan de verzekeringsinstellingen te factureren aan de hand van een factuur waarvan het model is goedgekeurd door het Verzekeringscomité.

Indien het dagcentrum bepaalde kosten die niet begrepen zijn in deze dagprijs aan de rechthebbenden aanreket (bv. de kostprijs van maaltijden en van het eventueel door het dagcentrum georganiseerd vervoer tussen de woonplaats van de rechthebbende en het dagcentrum) zullen deze extra-diensten inlichtingshalve eveneens op de factuur worden vermeld.

Een kopie (op papier) van de factuur moet aan de rechthebbende worden bezorgd, zelfs als de facturatie per magnetische drager gebeurt.

§ 2. Het dagcentrum verbindt zich ertoe de dagen dat rechthebbenden in het dagcentrum hebben doorgebracht maar die niet aan alle voorwaarden van deze overeenkomst beantwoorden (bv. omdat de in artikel 11 bepaalde maximale begeleidingsduur is overschreden), in geen geval aan de verzekeringsinstellingen aan te rekenen, zelfs niet als het College van geneesheren-directeuren voor deze dagen toch een toestemming tot tenlasteneming zou hebben verleend.

§ 3. In toepassing van de bepalingen van het koninklijk besluit van 29 april 1996 tot vaststelling van de vermindering van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

in de honoraria en prijzen vastgesteld in sommige overeenkomsten met de revalidatieinrichtingen, dient de aan de verzekeringsinstellingen gefactureerde prijs van de revalidatieprestaties te worden verminderd met het in het koninklijk besluit voorziene bedrag.

Artikel 26. Indien, volgens de in artikel 18, § 2 bedoelde aanwezigheidsregisters, het aantal (vergoedbare) dagforfaits dat in een bepaalde periode is gerealiseerd, de in artikel 13, § 2 vastgestelde «normale facturatiecapaciteit» voor die periode zou overschrijden, verbindt het dagcentrum zich ertoe aan de Dienst voor geneeskundige verzorging een lijst te bezorgen van de dagforfaits die (krachtens de bepalingen van artikel 13, § 2) aan een verminderde prijs werden aangerekend, evenals een lijst van de dagforfaits die helemaal niet werden aangerekend.

Op deze lijsten dienen, per patiënt waarvoor bepaalde dagforfaits aan een verminderde prijs werden aangerekend of helemaal niet werden aangerekend, de volgende gegevens te worden vermeld:

- de naam van de patiënt;
- de geboortedatum van die patiënt;
- het nummer van het verbond van de verzekeringsinstelling waarbij deze patiënt is aangesloten;
- de preciese data waarvoor voor die patiënt een verminderd dagforfait of helemaal geen dagforfait werd aangerekend.

Deze lijsten dienen te worden bezorgd in de periode van 6 maanden die volgt op het verstrijken van de periode waarop de «normale facturatiecapaciteit» die overschreden is, betrekking heeft.

ALGEMENE BEPALINGEN

Artikel 27. De inrichtende macht verbindt zich ertoe alle nuttige maatregelen te nemen met betrekking tot de brandveiligheid van de lokalen van het dagcentrum. De inrichtende macht zal daartoe bestendig contact houden met een bevoegde brandweerdienst en onmiddellijk de door deze laatste opgelegde maatregelen en werken uitvoeren.

Artikel 28. De inrichtende macht verbindt zich er toe ieder personeelslid van het dagcentrum te informeren over de bepalingen van deze overeenkomst, teneinde ieder personeelslid toe te laten zijn taken te vervullen in overeenstemming met de bepalingen van deze overeenkomst.

Daartoe zal de inrichtende macht aan ieder personeelslid de volledige tekst bezorgen van deze overeenkomst. Indien de inrichtende macht de bijlagen niet mee bezorgt aan het personeelslid, zal de inrichtende macht het personeelslid, conform de bepalingen van artikel 22, § 3, wel informeren over de bezoldigingsbasis (o.m. de juiste anciënniteit) waarmee in de bijlagen voor hem of haar is rekening gehouden.

De inrichtende macht bewaart de in dit verband door het personeel ondertekende ontvangstbewijzen en houdt ze ter beschikking van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV.

Artikel 29. De inrichtende macht verbindt zich ertoe de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV en de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling van de rechthebbende al de informatie te bezorgen die gevraagd wordt met betrekking tot de werking van het dagcentrum en de toepassing van deze overeenkomst. De inrichtende macht verbindt zich er tevens toe alle afgevaardigden van het RIZIV of van de verzekeringsinstellingen toe te laten de bezoeken af te leggen die zij hiertoe nuttig achten.

GELDIGHEIDSTERMIJN VAN DE OVEREENKOMST

Artikel 30. § 1. Deze overeenkomst, opgemaakt in twee exemplaren en behoorlijk ondertekend door beide partijen, treedt in werking op ... en blijft normaliter geldig tot en met 31 december 2004.

Ze kan evenwel vóór die datum - en dit op gelijk welk tijdstip - door één van beide partijen om gelijk welk motief worden beëindigd met een ter post aangetekende brief die aan de andere partij wordt gericht, mits inachtneming van een opzeggingstermijn van 3 maanden die ingaat op de eerste dag van de maand volgend op de datum van verzending van de aangetekende brief.

§ 2. De bijlage bij deze overeenkomst waarin het dagforfait en de loonkost van de personeelsequipe van het dagcentrum worden berekend, maakt, binnen de door de overeenkomst bepaalde grenzen, een integrerend deel ervan uit.

Voor (naam van de inrichtende macht):

(datum + handtekening)

Voor het Verzekeringscomité,

Brussel,

De wnd. Leidend Ambtenaar,

G. VEREECKE
Geneesheer-directeur-generaal.

MINISTERIE VAN SOCIALE ZAKEN,
VOLKSGEZONDHEID EN LEEFMILIEU.

BRUSSEL, 28/09/2000

—
Bestuur van de Gezondheidszorgen

—
Bestuursdirectie Gezondheidszorgbeleid.

—
NATIONALE RAAD VOOR ZIEKEN-
HUISVOORZIENINGEN.

—
Afdeling "Programmatie en Erkenning".

—
O/Ref. : NRZV/D/175-3

ADVIES

INZAKE DAGCENTRA PALLIATIEVE ZORGEN (*)

(*) Dit advies werd bekrachtigd op de Bureauvergadering dd. 28 september 2000

Vraagstelling

De Ministers Aelvoet en Vandenbroucke vroegen in hun brief van 28.02.2000 een advies aan de NRZV i.v.m. de opportuniteit om erkenningsnormen te voorzien voor Dagcentra voor palliatieve zorgen.

Situering

De Palliatieve zorgen kennen in België thans een zeer sterke ontwikkeling.

De Palliatieve Zorg Eenheden onder kenletter Sp-palliatief zijn praktisch volledig gerealiseerd. In vele streken zijn centra voor palliatieve thuiszorg en Palliatieve netwerken goed ontwikkeld. In de meeste ziekenhuizen wordt werk gemaakt van Palliatieve supportteams. De palliatieve werking in de rusthuizen en rust-en verzorgingstehuizen kent eveneens een goede ontwikkeling.

Een belangrijk onderscheid moet worden gemaakt tussen "dagziekenhuizen" en "dagverzorgingscentra". In de geriatrische zorg is dit onderscheid progressief duidelijk geworden vooral door studiewerk in Australië nadat in het Verenigd Koninkrijk deze concepten door elkaar waren gebruikt gedurende een twintigtal jaar.

Een "dagziekenhuis" bevindt zich op het niveau van het ziekenhuis en poogt op een actieve manier bij te dragen aan diagnostiek, behandeling en reïntegratie in het thuismilieu. In principe is deze activiteit beperkt in de tijd.

Een "dagcentrum" daarentegen is gericht op een meer onderhoudende behandeling, meer op niveau van welzijn. Hier is geen limiterende tijdfactor.

Advies

Gezien de palliatieve dagverzorging of palliatief dagziekenhuis voor het ogenblik in België en ook in het buitenland nog zijn eigen weg en identiteit zoekt lijkt het de NRZV voor het ogenblik voorbarig om nu reeds een reeks erkenningsnormen neer te schrijven en regulerend op te treden. Er moet eerst verder gezocht worden naar werkbare en optimale modellen.

Eigenlijk passen de concepten "palliatieve dagziekenhuis" en "palliatieve dagverzorging" binnen een breder kader van "transmurale zorg", in het kader van uitgebreide netwerken, waar de patiëntenzorg centraal staat.

In het algemeen moet bovendien gesteld worden dat de financiering van het dagziekenhuis in het algemeen voor het ogenblik alleen (en dan nog in zeer beperkte mate) geregeld is voor de heelkundige prestaties. Noch voor de oncologische patiënt, noch voor de internistische patiënt, noch voor de geriatrische patiënt is er iets geregeld.

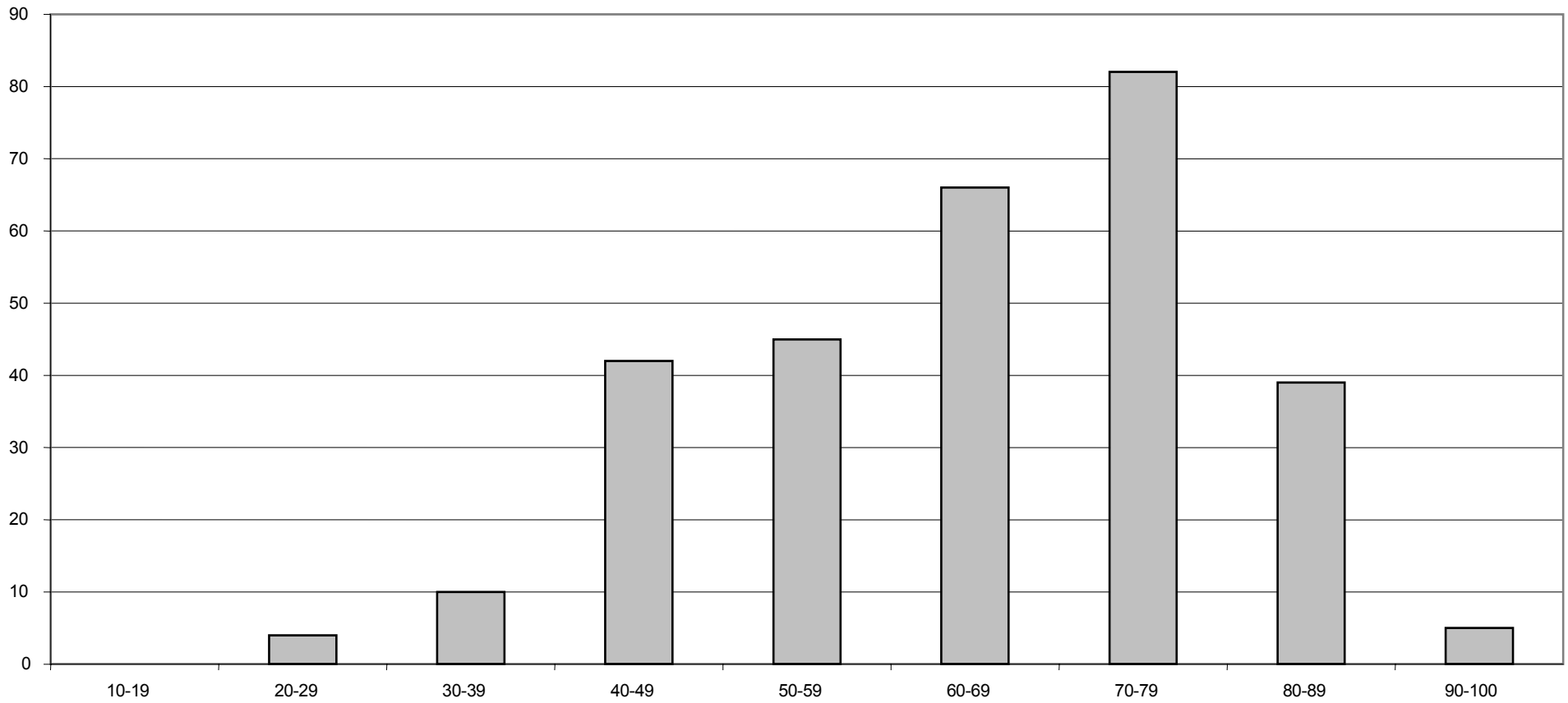
In geval er palliatieve dagcentra zouden ontwikkeld worden, dienen de leeftijdsgrenzen voor de toegang tot de dagcentra (KB van 24.06.1999) te worden aangepast, terwijl ook de verplichte sluiting van RVT-woongelegenheden moet ongedaan gemaakt worden.

Wellicht is thans de beste oplossing liever pilootprojecten te stimuleren en te financieren.

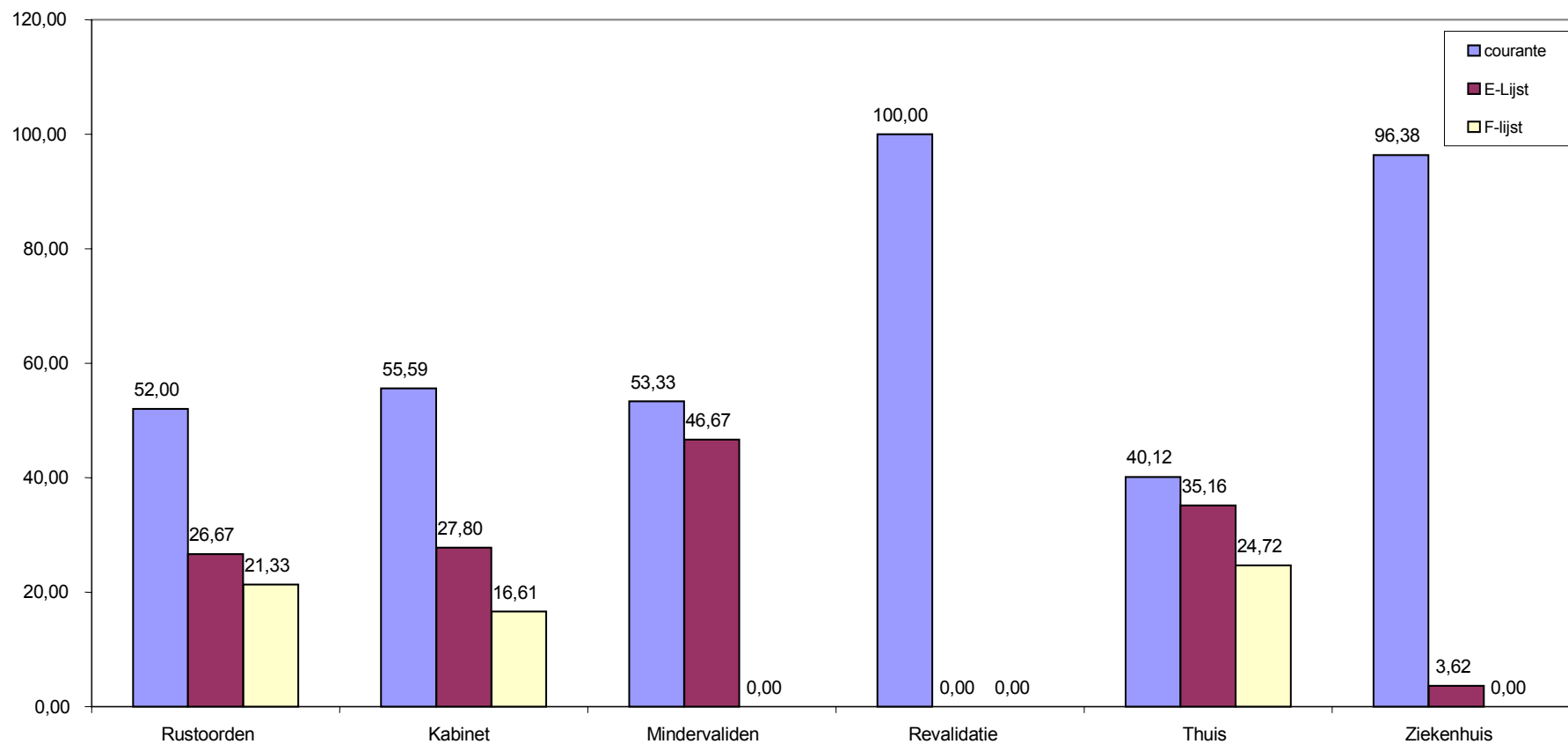
Bijlage 10 – deel 1 – hoofdstuk 5

PALLIATIEVE DAGCENTRA korte samenvatting obv 10 willekeurige pat-dossiers					Legende : M of V : man of vrouw wkvitie-tr (Katz) : wassen, kleden, verplaatsen, toilet, incontinentie, eten – oriëntatie in tijd, ruimte (+) : patiënt is overleden				
	geslacht	leeftijd bij opname	aantal dagen per week	kanker ja/nee	diagnose	afhank-schaal wkvitie-tr	equipe of vpk.	vervoer	reden opname
1	M	46		ja (+)	colonCa+meta's	222111-11	nee		symtoomcontrole fysisch+psychisch ; chemin de vérité, comm. en concertatie met behalende arts voor medische R/
2	V	72	1	ja	borstCa	331221-11	geen info		sociaal contact ; isolement doorbreken
3	V	62		ja	longCa+meta's	3332 1-	nee	vrijwilligers	sociaal isolement
4	M	87	2	nee	aorta aneurysma, myelodysplasie → symptoomcontrole, transfusies 2x/w	441121-22	geen info		alleenstaande, toezicht nodig, 2 dagen dagziekenhuis en kinderen maximaal 3 dagen per week
5	M	32	1	nee	Down-syndroom, (terminale) hartdecompensatie	443311-44	geen info		totale begeleiding en ontlasting mantelzorg (ouders)
6	V	58		ja	borstCa+meta's	444324-11	nee		pijn- en symptoomcontrole, psychosociale emotionele en relationele ondersteuning, tekort aan mantelzorg (kinderen wonen in buitenland)
7	M	66		ja (+)	glioblastoom (chemo)	43133-	ja	familie ?	hulp nodig, vrouw werkt, 3 jonge kinderen, appreciatie voor sociaal contact
8	V	69		ja	nierCa+meta's, oud borstCa	111111-11	geen info		nood aan begeleiding
9	V	86	2	ja	rectumCa (na cervixCa)	443322-33	ja	schoonzoon	ondersteuning mantelzorg, eenzaamheid, stoelgangbeleid, badcaciliteit, eten
10	V	68		ja	rectumCa, colostomie, meta's	111121-11	ja	vrijwilligers ?	sociale contacten, alleenwonend

Grafiek 21 : Leeftijdsdistributie in dagcentra voor palliatieve verzorging

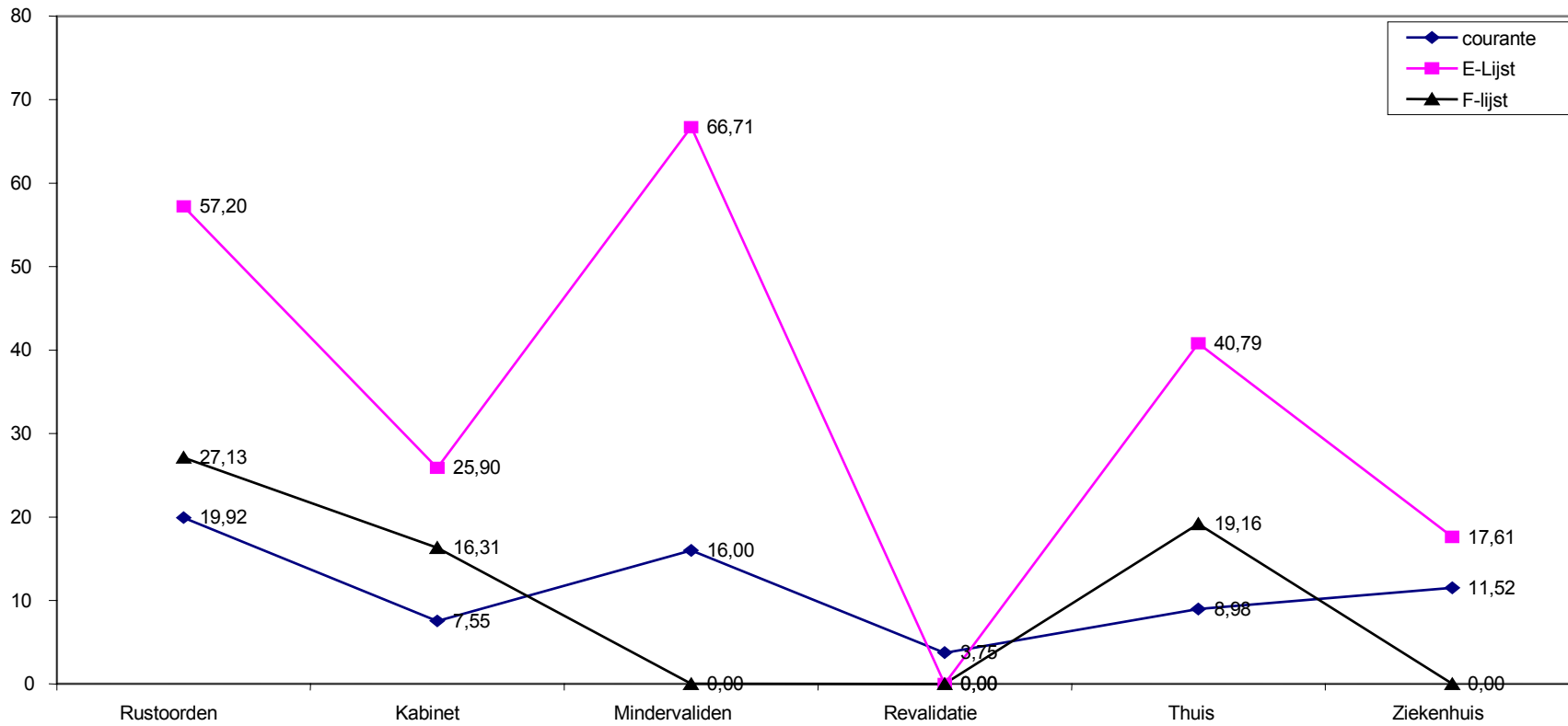


Grafiek 22 : SPREIDING VAN PALLIATIEVE PATIENTEN MET KINE-ZORG (per categorie en plaats)



Bijlage 13 – deel 1 – hoofdstuk 3

**Grafiek 23 : AANTAL KINE-PRESTATIES PER PALLIATIEVE PATIENT
(per plaats van verstrekking]**



PROJECT PALLIATIEVE ZORG
Vergelijking forfait DPZ vs. CDV

<u>DPZ – dagcentra voor palliatieve verzorging</u> <u>Sector revalidatie</u>	<u>CDV – centra voor dagverzorging</u> <u>Sector RVT/ROB</u>
Forfait = 100-150 EUR	Forfait = 27 EUR
<p><u>Doelgroep</u> Terminaal zieke patiënten, lijdend aan ongeneeslijke ziekte, met bovendien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eerder slechte algemene toestand, (in principe afhankelijk van derden voor ADL, maar geen precieze criteria ter zake) - Behandeling louter symptomatisch - Geen verwachte remissie ziektebeeld - De verzorging van de patiënt vergt nu reeds of in de nabije toekomst een tijdsintensieve, volgehouden inzet van personeel met specifieke bekwaamheid en met evt. aangepaste technische middelen - Resterende levensverwachting : max. 6 maanden 	<p><u>Doelgroep</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Alle rechthebbenden, palliatieve patiënten zijn NIET uitgesloten (maar weinig waarschijnlijk gezien het dagelijks vervoer van en naar het centrum); - ZIV-tegemoetkoming is enkel bestemd voor patiënten van categorie B en C op de Katz-schaal.
<p><u>Uitgangspunt</u> De prijs vergoedt (nagenoeg) de volledige medische, paramedische en therapeutische begeleiding door het dagcentrum, dat aan de beoogde patiënten gespecialiseerde zorg aanbiedt, maar ook een activiteitenaanbod doet om de levenskwaliteit van de patiënten te verhogen. Door zijn werking wil het palliatief dagcentrum het thuis sterven bevorderen.</p>	<p><u>Uitgangspunt</u> Enkel tegemoetkoming voor verzorging en verzorgingsmateriaal (artikel 147, § 1, 5° van het KB van 3-7-1996).</p>
<p><u>Financiering</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Overeenkomst tussen het Verzekeringscomité en de inrichtende macht van het dagcentrum - Verzekeringscomité neemt beslissing op voorstel van het College van geneesheren directeurs 	<p><u>Financiering</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ministerieel besluit op voorstel van het Verzekeringscomité - Eindbeslissing Verzekeringscomité op voorstel van de Overeenkomstencommissie centra voor dagverzorging

<p><u>Personeelsbestand</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 4 VTE/10 bedden (voor een centrum dat 5 dagen per week open is), inclusief artsen (partieel). <p>In vergelijking met de CDV, zijn er in de DPZ 2,8 VTE/5 bedden indien er rekening mee wordt gehouden dat de personeelsnorm van de CDV wel 7 dagen werking per week moet dekken.</p> <ul style="list-style-type: none"> - reële samenstelling equipe gebeurt door 't centrum zelf: <u>minstens</u> huisarts of specialist, maximum 20 uren/week (# uren arts is ≠ per centrum) verpleegkundigen A1 of A2 psycholoog of maatschappelijk assistent <u>aangevuld</u> met kinesist of ergotherapeut of opvoeder of ... <u>max. 25 %</u> is bestemd voor administratief personeel of keuken- en onderhoudspersoneel - aanvullende geneeskundige verstrekkingen door "externe" geneesheren-specialisten (= aan te rekenen nomenclatuurprestaties) zijn mogelijk (excl. fysio) obv overeenkomsten tussen DPZ en specialisten en/of ziekenhuizen (cf. art. 5) 	<p><u>Personeelsbestand</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 6 VTE/30 bedden, exclusief artsen – dus 1 VTE/5 rechthebbenden (voor een centrum dat 7 dagen per week open is). - Samenstelling obv personeelsnorm per 30 rechthebbenden: 2 VTE verpleegkundigen 3 VTE verzorgenden 1 VTE paramedicus <p>Berekening personeelsnorm gebeurt op basis van het effectief aantal aanwezige patiënten.</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>medische prestaties</u> Er is geen financiering voorzien en er worden geen voorwaarden betreffende artsen opgelegd. - Verantwoordelijke arts is de huisarts - Aanrekening prestaties via nomenclatuur of via revalidatieconventies - <u>kine</u> inbegrepen in het forfait (tijdens de uren dat de patiënt in het CDV opgenomen is). - <u>verpleging</u> aanrekening prestaties via nomenclatuur BUITEN de uren dat de patiënt in CDV verblijft.
<p><u>Opleiding</u> Huisarts of geneesheer-specialist:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bij aanvang een theoretische vorming van minstens 80 uren én een stage van minstens 192 uren (in een palliatieve ziekenhuiseenheid, een dagcentrum of een multidisciplinaire begeleidingsequipe); - Bijkomend jaarlijks minstens 20 uren specifieke bijscholing. <p>Verpleegkundige:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bij aanvang een theoretische vorming van minstens 140 uren én een stage van minstens 12 weken of 456 uren (in een palliatieve ziekenhuiseenheid, een dagcentrum of een multidisciplinaire begeleidingsequipe); - Bijkomend jaarlijks minstens 40 uren specifieke bijscholing. 	<p><u>Opleiding</u> Er is geen bijkomende vorming vereist</p> <p>Algemeen - ter informatie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De nomenclatuur thuisverpleging voorziet in een referentieverpleegkundige voor (1) diabeteszorg en (2) wondzorg maar niet voor palliatieve zorg. Deze referentieverpleegkundige moet minstens (eenmalig) 40 uren bijscholing gevolgd hebben.

<p><u>Coördinatie met ambulante sector</u> De desbetreffende huisarts heeft de leiding van de behandeling van palliatieve patiënten die thuis verblijven. Het dagcentrum heeft slechts een aanvullende rol. In de schriftelijke samenwerkingsovereenkomst tussen het centrum en de huisarts moet informatie staan over de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mogelijkheid tot aanrekenen van verstrekkingen door huisarts zelf en desgevallend “externe” specialisten; - Mogelijkheid dat personeelsleden van het centrum verstrekkingen verrichten samen met de “eigen” zorgverleners van de patiënt uit de eerste lijn; - Dagen en uren dat de patiënt zal verblijven en de opdracht van het centrum ten aanzien van die patiënt. <p>Tijdens het verblijf kunnen normaliter geen verpleegkundige en kinesitherapeutische verstrekkingen worden aangerekend tijdens de uren dat de patiënt in het DPZ verblijft.</p> <p>Met het oog op kennisoverdracht vanuit het dagcentrum naar de thuiszorg kunnen deze verstrekkingen uitzonderlijk toch worden aangerekend door de thuisverpleegkundige of de thuis kinesist als deze samen met de verpleegkundige of de kinesist van het DPZ tussenkomt teneinde vertrouwd te geraken met specifieke aspecten van de verzorging van die patiënt.</p>	<p><u>Coördinatie met ambulante sector</u> Thuisverpleging: dit gebeurt via voorafgaand overleg, het betreft immers patiënten waarvoor forfait B of C toegekend is.</p>
<p><u>Algemene voorwaarden</u></p>	<p><u>Algemene voorwaarden</u> - Verplichte functionele band met RVT</p>
<p><u>Rol van de Gemeenschappen/Gewesten</u></p>	<p><u>Rol van de Gemeenschappen/Gewesten</u> - Erkenning door de Gemeenschap/Gewest is vereist voor zowel de (federale) <u>Centra voor dagverzorging</u> (cf. art. 5 ziekenhuiswet), bestemd voor patiënten met zorgforfait type B of C, als voor de (regionale) <u>Dagverzorgings-centra</u>, bestemd voor alle patiënten die geen zorgforfait type B of C hebben. - Programmatieregels ter zake moeten gevolgd worden.</p> <p>In geval het centrum voor dagverzorging verbonden is aan een ROB, is een extra erkenning als RVT vereist.</p>

<p><u>Loonkost</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - artsen: barema adviserend geneesheer VI - overig personeel: barema's PC 305.1 van de privé-ziekenhuizen - financiering reële loonkost - anciënniteit: bewezen anciënniteit zoals toegepast bij bezoldigingen - eindejaarspremie <p>Een deel van het personeel is in verhouding hoger geschoold en bijgevolg duurder.</p>	<p><u>Loonkost</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - artsen: geen financiering via forfait CDV - overig personeel: barema's PC 305.2 van de rustoorden - financiering obv personeelsnorm per 30 bedden: 19,92 EUR - anciënniteit: gemiddelde anciënniteit – toeslag anciënniteit 0.16 EUR (of 2 keer 0,39%) - eindejaarspremie (uitvoerings sociaal akkoord 2000) voor personeel binnen de norm 0,60 EUR
<p><u>Werkingskost</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ter vergoeding van <u>gebouw</u> (huur, afschrijving, verwarming, elektriciteit), <u>bureelmateriaal</u> en <u>verzorgingsmateriaal</u> (cf. art. 8). Uitgangspunt: de huisvesting en het materiaal dat nodig is om de medisch-therapeutische werking van het dagcentrum mogelijk te maken, moet mee door het (all-in-)forfait worden gedekt. - Forfaitair bepaald, obv het # patiënten/dag en het # openingsdagen/week - 867,63 EUR (35.000 BEF) op jaarbasis per patiënt en per openingsdag (max. 5 dagen per week) Bijv. 4 dagen open/week en 5 pat./dag geeft 4 x 5x 35.000 BEF = 700.000 BEF Dit komt neer op 16,69 EUR (673 BEF) per dag en per patiënt. - 2/3 van het forfait is indexeerbaar en 1/3 is niet-indexeerbaar. 	<p><u>Werkingskost</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Verzorgingsmateriaal: 0,48 EUR - Overige: <u>investeringskosten</u> gebouw, onderhoud, administratie, enz. → geen tussenkomst RIZIV
	<p><u>Huisvestingsdagprijs</u>, bepaald door Economische Zaken (EZ), omvat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - hotelkosten - onderleggers en onderhoud van bedlinnen - kostprijs incontinentiemateriaal is al dan niet inbegrepen, cf. Gekozen optie op toetredingsformulier (akkoord EZ) <p><u>Prijsniveau:</u> Dagprijs per gebruiker CDV bedraagt 15-20 EUR /dag.</p> <p>Gemiddelde prijs van EZ voor ROB/RVT, excl. Riziv, bedraagt, 30-35 EUR /dag</p>
<p><u>Administratiekost</u> Zit vervat in de forfaitaire jaarlijkse vergoeding voor werkingskosten (zie hierboven)</p>	<p><u>Administratiekost</u> Geen RIZIV-tegemoetkoming voor administratie</p>

<u>Animatiekost</u> Animatie maakt deel uit van de opdracht (cf. art.4), de vergoeding zit vervat in het forfait.	<u>Animatiekost</u> Geen financiering
<u>Bezettingsgraad</u> Forfait per werkelijk aanwezige dag 100% financiering bij 80% bezettingsgraad In de praktijk kampen de DPZ op dit ogenblik bijna allemaal met een onderbezetting.	<u>Bezettingsgraad</u> Forfait per werkelijk aanwezige dag <u>Controle op (eventuele) overbezetting?</u> Tot op heden zijn er geen elektronische bestanden beschikbaar. Uit de papieren vragenlijsten waarover we tot nu toe beschikken blijkt een (t.o.v. ROB-RVT) relatief lage bezetting (wat logisch is, gezien de schommelingen in bezetting → niet iedere patiënt komt elke dag).
<u>Reserve</u> Het DPZ kan een kleine financiële reserve aanleggen van zodra de bezettingsgraad meer is dan 80%. In dat geval mag een prijs aangerekend worden die slechts 20% van de normale prijs bedraagt (dus ergens tussen 20 en 30 EUR). Boven de bezettingsgraad van 100% mag er helemaal niets meer worden aangerekend.	<u>Reserve</u> = 3,01 EUR Het is een historisch gegroeid bedrag in het forfait, ter waarde van 3,01 EUR, waarvoor geen precieze bestemming moet worden bewezen.
<u>Kosten ten laste van de patiënt</u> - Het persoonlijk aandeel bedraagt normaliter 1,42 euro (per aanwezigheidsdag). Voor de WIGW met voorkeurregeling is er echter geen persoonlijk aandeel. Het gaat in ieder geval steeds om een klein bedrag. (Cf. algemene regeling inzake persoonlijke bijdrage voor patiënten van ambulante revalidatiecentra.) - Maaltijd en drank - Vervoer Opmerking - vervoer In de sector revalidatie is er een uitzonderlijke tegemoetkoming voorzien voor vervoer van patiënten die enkel in hun rolstoel kunnen vervoerd worden (met speciale wagens). Het voorafgaand akkoord van het College of de adviserend geneesheer is noodzakelijk.	<u>Kosten ten laste van de patiënt</u> - Per aanwezige dag een bedrag van 15-20 EUR (incl. maaltijd en drank) - Vervoer <u>Opmerking – ter informatie</u> In Vlaanderen loopt er sinds kort een “ zorgvernieuwingproject - vervoer ”. De doelstellingen van dit project zijn het bepalen van de: 1. Behoeft e aan vervoer van en naar dagcentra; 2. Doelgroep . Het project wordt gefinancierd via art. 56 van de ZIV-wet en is gestart op 01/01/2004. De voorziene looptijd van de studie bedraagt 3 jaar.
<u>Dagverblijf</u> Minimum 5 uren/dag	<u>Dagverblijf</u> Minimum 6 uren/dag Opname ten laatste om 12.00 uur
<u>Openingsdagen – uren</u> - minstens open van 9.00 – 17.00 uur (een ruimere openingstijd mag) - max. 5 dagen open per week	<u>Openingsdagen – uren</u> - uren: niet gespecificeerd - in principe 7 dagen per week, in de praktijk meestal 5 dagen per week

<p><u>Opnameduur</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Levensverwachting max. 6 maanden - Einde tegemoetkoming ziekteverzekering na uitbetaling gedurende 6 maanden. Maar, het centrum moet patiënten ook na die 6 maanden verder blijven opvangen (tot aan hun overlijden). 	<p><u>Opnameduur</u> Onbeperkt</p>
<p><u>Grootte eenheid</u></p> <p>De grootte varieert rond 5-10 bedden – het grootste centrum (Topaz) heeft 10 bedden maar is slechts 3 dagen per week open (2,4 VTE).</p> <p>De grootte van een centrum (en zijn personeelskader) wordt bepaald in functie van het aantal bedden (plaatsen) en het aantal openingsdagen per week.</p>	<p><u>Grootte eenheid</u></p> <p>Grote meerderheid: tussen de 10 en de 15 plaatsen Kleinste: 3 plaatsen Grootste: 25 plaatsen</p>
<p><u>Administratieve verplichtingen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - aanwezigheidsregister met vermelding naam rechthebbende en uur van aankomst én vertrek; - verplicht samenwerkingscontract met de huisarts; - eventueel contracten met geneesheren-specialisten en/of ziekenhuizen voor extra-prestaties die op basis van de nomenclatuur worden aangerekend. Deze extra-prestaties moeten afzonderlijk worden geregistreerd. - bijhouden medisch-therapeutisch dossier - activiteitenverslag - boekhouding - jaarlijks overzicht van het werkelijk tewerkgesteld personeel - het voorziene personeelskader moet permanent worden tewerkgesteld. Hierop mag niet worden bezuinigd, ook niet als het voorziene aantal patiënten er niet is (dit is één van de redenen waarom met een bezettingsgraad van 80% wordt rekening gehouden om het forfait te berekenen). 	<p><u>Administratieve verplichtingen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - aanwezigheidsregister (afsluiting om 13.00 uur) – met vermelding naam rechthebbende en uur van aankomst én vertrek; - verplichte functionele band met RVT; - zesmaandelijks vragenlijst in functie van controle van aanwezigheden en al dan niet uitbetaling van het forfait; - jaarlijks overmaking van statische gegevens, zoals bepaald door de Overeenkomstencommissie; - verplichte naleving van de personeelsnorm; - erkenning door de Gemeenschappen/Gewesten.
<p><u>Toelating</u></p> <p>Akkoord van het College is vereist gedurende de eerste 2 jaren van de overeenkomst, nadien van de adviserend geneesheer.</p>	<p><u>Toelating</u></p> <p>Kennisgeving aan adviserend geneesheer, gevolgd door een betalingsverbintenis.</p>

Samenvatting

Niettegenstaande een volledige vergelijking tussen de grootte van het forfait en de activiteiten van enerzijds het dagcentrum voor palliatieve verzorging (DPZ - sector revalidatie) en van anderzijds het centrum voor dagverzorging (CDV - sector ROB/RVT) moeilijk uitvoerbaar is, worden samenvattend volgende elementen weerhouden:

1. Er is een **principiële verschil tussen beide centra op conceptueel vlak**:
 - Dagcentra voor palliatieve verzorging (experimenteel):
De ziekteverzekering neemt, met uitzondering van de kost voor vervoer, maaltijd en drank, de volledige verblijfskost ten laste, inclusief animatie.
Het (revalidatie)forfait is opgemaakt volgens de algemeen geldende principes van revalidatie-overeenkomsten.
Geen erkenning door de Gemeenschappen/Gewesten.
 - Centra voor dagverzorging:
De ziekteverzekering neemt enkel de verzorgingskost ten laste.
De gebruiker betaalt per aanwezige dag een bedrag van 15-20 EUR (huisvesting, administratie, ...).
Erkenning door de Gemeenschappen/Gewesten.
2. **Personeelskader**
 - Dagcentra voor palliatieve verzorging – 2,8 VTE per 5 bedden (incl. artsen):
De multidisciplinariteit wordt sterker benadrukt.
De in verhouding hogere personeelsomkadering hangt nauw samen met het experimenteel karakter van deze centra. Het betreft veelal hoger geschoold en dus duurder personeel.
 - Centra voor dagverzorging – 1 VTE per 5 rechthebbenden (excl. artsen):
De personeelsnorm is vastgesteld op basis van overleg in de “interkabinetten werkgroep ouderenzorg”.
3. **Doelgroep**
 - Dagcentra voor palliatieve verzorging:
Zijn specifiek bestemd voor de doelgroep van palliatieve patiënten, ervan uitgaande dat het “profiel” van palliatieve patiënten eigenlijk verschillend is van andere patiënten die een zelfde type van zorg nodig hebben.
Voor patiënten met een eerder slechte algemene toestand (in principe afhankelijk van derden voor ADL, maar geen precieze criteria ter zake).
Resterende levensverwachting van maximum 6 maanden.

Centra voor dagverzorging:
Er is geen leeftijdsgebonden criterium.
Palliatieve patiënten zijn niet uitgesloten.
Zwaar zorgafhankelijke patiënten, cf. forfait B of C voor verzorging.

