

20 juli 2007 - Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van parenterale voeding voor ambulante niet in het ziekenhuis opgenomen rechthebbenden.

Bijwerking op 1 mei 2020

Gewijzigd bij het KB van 06.04.2020 (BS 17.04.2020)

Wijziging: achtergrond gekleurd in geel

Art. 1. Voor de toepassing van dit besluit wordt verstaan onder:

1° « verzekering », de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;

2° « RIZIV », het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering;

3° « rechthebbende », de ambulante rechthebbende niet opgenomen in het ziekenhuis;

4° « koninklijk besluit van 1 februari 2018 », het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten;

5° « koninklijk besluit van 7 mei 1991 », het koninklijk besluit van 7 mei 1991 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kosten van de in het raam van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen vergoedbare farmaceutische verstrekkingen;

6° « verordening van 28 juli 2003 », de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Art. 2. De verzekeringstegemoetkoming wordt toegestaan voor de rechthebbenden die behoren tot één van de volgende categorieën:

A: lijden aan een tijdelijke of blijvende intestinale insufficiëntie ten gevolge van:

1° idiopathische inflammatoire intestinale ziekten (ziekte van Crohn, colitis ulcerosa):

- a) die geneesmiddelenresistent zijn en
- b) uitgebreide segmenten van de darm hebben aangetast;

2° uitgebreide intestinale resecties;

3° zeer ernstige intestinale malabsorptie ten gevolge van:

- a) radio-enteritis
- b) totale darmvlokkenatrofie (coeliakie) of equivalente aandoeningen die niet beantwoorden aan een klassieke behandeling
- c) intestinale lymfomen
- d) chronische pancreatitis waarvan wordt aangetoond dat orale of maagsondevoeding onmogelijk is;
- e) mucoviscidose (cystische fibrose, taaislijmziekte)
- f) peritoneale carcinomatose met intestinale occlusie

4° surinfectie van het spijsverteringskanaal bij rechthebbenden die lijden aan “acquired immune deficiency syndrome”

5° aanhoudende diarree bij kinderen, aangeboren of verworven;

6° weerstandige chyleuze ascites.

B: het intestinaal inactiveren om therapeutische motieven wegens fistels als complicatie bij één van de sub A opgesomde aandoeningen.

C: proteo-calorische malnutritie die wordt aangetoond door:

- a) ofwel een verlaging van het lichaamsgewicht (droog gewicht na hemodialyse) gelijk aan 10 pct. of meer tijdens de laatste 12 maanden;
- b) ofwel een pre-albuminegehalte lager dan 0,3 g/L;

bij gehemodialyseerde rechthebbenden voor wie is aangetoond dat het dialysevoorschrift adequaat is door een van de evaluatiemethoden van de Kt/V die minimum gelijk aan 0,9 moet zijn.

D: lijden aan een ernstige functionele stoornis van het gastro-intestinale systeem met gedocumenteerde belangrijke weerslag op de voedingstoestand, waarbij het onmogelijk was om via orale of enterale weg (via nasoduodenale sonde of percutane jejunale sonde) de voedingstoestand op een aanvaardbare manier te corrigeren. Een omstandig verslag met de historie van de behandelingen moet door de arts-specialist opgesteld worden en aan de aanvraag bedoeld in artikels 3 en 4 toegevoegd worden.

Art. 3. Met het oog op het verkrijgen van de tegemoetkoming wordt door de arts-specialist die samenwerkt met een multidisciplinair ziekenhuisteam dat ervaring heeft in deze materie, aan de adviserend geneesheer een gemotiveerde aanvraag gericht door middel van een formulier waarvan het model als **bijlage I** bij dit besluit gevoegd is.

Art. 4. De verzekeringstegemoetkoming voor de afgeleverde zakken bestemd voor de rechthebbende, wordt enkel toegestaan na voorafgaandelijke machtiging door de adviserend geneesheer indien aan de voorwaarden uit artikel 2 van dit besluit is voldaan. Het model van de machtiging is als bijlage II bij dit besluit gevoegd.

Die machtiging, waarvan de geldigheidsduur beperkt is tot maximum 1 jaar, kan met een **nieuwe aanvraag** worden verlengd voor nieuwe perioden van maximum 5 jaren.

Art. 5. Alle kosten die betrekking hebben op de farmaceutische specialiteiten die voorkomen in de samenstelling van voornoemde zakken en niet opgenomen zijn in de nomenclatuur, de kosten die betrekking hebben op het gebruikte bereidingsmateriaal en op de bereiding zelf, evenals de kosten voor het materiaal dat nodig is voor de toediening, met uitzondering van de pomp en de staander voor perfusie, worden door de verzekering forfaitair vergoed. Aan de rechthebbende mogen geen supplementen worden aangerekend.

Art. 6. § 1. Dat forfait bedraagt per totaal parenteraal voedingsmengsel:

1° zakken «op maat» voor volwassenen :

75 euro per dag

De pseudocode 751354 wordt toegekend.

2° zakken «op maat» voor kinderen tot en met 17 jaar :

83 euro per dag

De pseudocode 751376 wordt toegekend.

3° industriële pre-mengsels waaraan al dan niet mineralen en/of vitamines toegevoegd worden :

60 euro per dag

De pseudocode 751391 wordt toegekend.

4° zakken « per dialyse »:

35 euro per dag

De pseudocode 751413 wordt toegekend.

De vergoedbare farmaceutische specialiteiten, verwerkt in de zak, worden afzonderlijk door de verzekering vergoed onder de voorwaarden vastgesteld in **artikel 127, §2, van het koninklijk besluit van 1 februari 2018**, met dien verstande dat de perfusievloeistoffen van de vergoedingsgroepen B-181 tot B-186 vergoedbaar zijn aan 100% van de vergoedingsbasis.

Het aandeel van de rechthebbende bedraagt 0,62 euro per dag tijdens de ganse periode welke door de machtiging van de adviserend geneesheer is gedekt, zoals bepaald is bij artikel 2, §2 van het koninklijk besluit van 7 mei 1991.

§ 2. Het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming wordt maandelijks gevorderd door het ziekenhuis aan de verzekeringsinstelling van de rechthebbende door middel van de pseudocode die langs digitale weg of met een papieren factuur wordt doorgestuurd.

Art. 6 bis. §1. Voor de patiënten die recht hebben op een machtiging van de adviserend geneesheer, wordt een tegemoetkoming van 30 € voor de toediening van elektrolyten toegestaan op de dagen waarop geen parenterale voeding werd gegeven.

Patiënten die beschikken over een machtiging voor vergoeding van parenterale voeding, kunnen een verlenging van deze machtiging voor vergoeding van parenterale voeding krijgen indien ze enkel nog elektrolyten krijgen.

Voor aanvragen tot verlenging dient de arts-specialist een aanvraag in op basis van het model opgenomen in de bijlage I van dit besluit.

Patiënten die niet beschikken over een machtiging voor vergoeding voor parenterale voeding, kunnen geen machtiging voor vergoeding krijgen van enkel elektrolyten.

§ 2. Het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming wordt maandelijks gevorderd door het ziekenhuis aan de verzekeringsinstelling van de rechthebbende door middel van de pseudocode 751951 die langs digitale weg of met een papieren factuur wordt doorgestuurd

Art. 7. Het College van geneesheren-directeers kan wijzigingen voorstellen die aan de lijst van de aandoeningen bedoeld in artikel 2 en aan de tegemoetkomingen van de verzekering, bedoeld in artikel 6 moeten worden aangebracht.

Art. 8. Alle aanvragen voor tegemoetkoming goedgekeurd door de adviserend geneesheer vóór de inwerkingtreding van dit besluit blijven geldig gedurende hun geldigheidsduur.

Art.9. Dit besluit treedt in werking de eerste dag van de maand die volgt op het verstrijken van een termijn van tien dagen die ingaat de dag na de bekendmaking ervan in het *Belgisch Staatsblad*.

Art.10. Onze Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid is belast met de uitvoering van dit besluit.