

Geneeskundige verzorging

Omzendbrief VI nr 2025/176 van : 11-7-2025

Van toepassing vanaf 7/07/2025

3 /14

Beslissing van het Verzekeringscomité betreffende de wijziging van de overeenkomst "obesitas bij kinderen" tussen het Verzekeringscomité van het RIZIV, de verplegingsinrichtingen en het diensthoofd van de dienst kindergeneeskunde van de betreffende verplegingsinrichtingen**Wijzigingsclausule bij de overeenkomst tussen het Verzekeringscomité van het RIZIV en de revalidatie-inrichtingen voor kinderen of jongeren met een chronische ziekte (Zeepreventorium en Clairs Vallons – sector 7.76.6)**

De volgende wijzigingen in de overeenkomst 'obesitas bij kinderen' werden goedgekeurd op het Verzekeringscomité van 7 juli 2025 (nota CGV_2025_196):

IN ARTIKEL 4, RECHTHEBBENDEN VAN DE OVEREENKOMST

§ 1. Het in onderhavige overeenkomst beoogde multidisciplinaire zorgtraject wordt voorbehouden aan rechthebbenden van de ziekteverzekering die lijden aan obesitas, vanaf de 2^{de} verjaardag tot de 18^{de} verjaardag. Een rechthebbende kan geïnccludeerd worden als zijn BMI groter of gelijk is aan het percentiel dat de grenswaarde is voor obesitas voor de referentiepopulatie van de rechthebbende.

§ 2. De rechthebbenden worden onderverdeeld in categorieën a.d.h.v. het Edmonton Obesity Staging System for Pediatrics (EOSS-P) (cfr. bijlage 1). Dit is een gebruiksvriendelijke tool om een eerste screening van risicofactoren uit te voeren en de ernst van de obesitas in te schatten. Kinderen worden hierbij ingedeeld in verschillende ernststadia van obesitas, niet alleen op basis van BMI, maar op basis van gezondheidsimpact op 4 domeinen (de 4 M's) en barrières voor een gunstige prognose. Het behandelplan wordt afgestemd op het domein dat de hoogste risico-inschatting geeft (dus als er op mechanisch vlak geen problemen zijn (stadium 0), maar er wel metabole complicaties zijn of psychische problemen (stadium 2), dan past het behandelplan best bij stadium 2).

§ 3. Kinderen met eetstoornissen die lijden aan obesitas kunnen opgenomen worden in de overeenkomst, met dien verstande dat er geen cumul mogelijk is met een overeenkomst in het kader van eetstoornissen. Het komt de zorgverlener toe om de rechthebbende te oriënteren naar het meest geschikte zorgtraject om zo de best mogelijke omkadering te bieden.

§ 4. Rechthebbenden die worden doorverwezen vanuit het derde niveau (het Zeepreventorium of Clairs Vallons) naar het tweede niveau kunnen na het voltooien van een zorgprogramma in het derde niveau worden opgenomen als rechthebbende in dit zorgtraject, ongeacht de BMI-waarde.

§ 5. Kinderen met Prader-Willi syndroom, Bardet Biedl syndroom of monogene vormen van obesitas (met name: biallelische POMC deficiëntie, PCSK1 deficiëntie, LEPR deficiëntie) kunnen worden opgenomen als rechthebbende in dit zorgtraject, ongeacht de BMI-waarde.

IN ARTIKEL 5

§ 4. Indien de rechthebbende wordt opgevolgd in het tweede niveau, gelden volgende voorwaarden om het multidisciplinair zorgtraject te realiseren:

- De rechthebbende heeft bij opstarten van de overeenkomst en vervolgens jaarlijks één multidisciplinair contact met alle disciplines van het PMOC-team. Dit multidisciplinair contact heeft een minimumduur van 20 minuten per rechthebbende.
- De overige contactmomenten in de PMOC kunnen met één of meerdere leden van het team zijn. De contactmomenten zijn flexibel inzetbaar en variëren van maandelijks tot minimum om de 3 maanden en zijn met de teamleden, waar de rechthebbende het meeste nood aan heeft.
- Er zijn maximaal twaalf contacten per jaar vergoed. Dit maximum geldt voor het geheel van het PMOC en geen maximum voor iedere zorgverlener afzonderlijk.
- **In uitzonderlijke gevallen kunnen maximaal twee van de twaalf contactmomenten per jaar met één of meerdere leden van het PMOC-team plaatsvinden op afstand door middel van een digitale videocommunicatietool. Een contactmoment kan enkel op afstand plaatsvinden indien de rechthebbende daar uitdrukkelijk naar vraagt en indien voor deze rechthebbende reeds een fysiek contactmoment in het PMOC plaatsvond.**

§ 5. Wanneer de rechthebbende van zorgniveau verandert, moet een multidisciplinair overlegmoment plaatsvinden. Daarbij moet de huisarts of kinderarts van de rechthebbende in het eerste niveau of derde niveau aanwezig zijn alsook de PMOC-coördinator (cfr. artikel 7, § 9) of verantwoordelijke kinderarts van het tweede niveau. De behoeften van elke rechthebbende en familie zijn uniek en moeten worden geïdentificeerd en aangepakt. Dit overleg kan zowel fysiek, digitaal als hybride worden georganiseerd.

§ 6. Als de rechthebbende wijzigt van het derde niveau naar het tweede niveau, wordt de overeenkomst met het derde niveau automatisch stopgezet op de datum dat de arts-specialist in de kindergeneeskunde verbonden aan het PMOC het zorgtrajectcontract (zie bijlage 2) ondertekend heeft.

IN ARTIKEL 6

§ 1. Een zorgtraject kan pas starten na ondertekening van een zorgtrajectcontract. Dat is een document dat zowel de patiënt als de huisarts of arts-specialist in de kindergeneeskunde (eerste niveau) en de arts-specialist in de kindergeneeskunde, verbonden aan het PMOC (tweede niveau) moeten ondertekenen. Het te ondertekenen zorgtrajectcontract is terug te vinden in bijlage 2. Bij tijdelijke afwezigheid van de arts-specialist in de kindergeneeskunde, verbonden aan het PMOC, moet er geen nieuwe ondertekening van het zorgtrajectcontract gebeuren. De plaatsvervangende arts-specialist in de kindergeneeskunde, verbonden aan het PMOC, moet deze wijziging doorgeven aan het RIZIV. De exacte data van afwezigheid en vervanging moeten worden doorgegeven zodat de continuïteit van zorg gegarandeerd wordt. Door de ondertekening van het zorgtrajectcontract zijn de bepalingen van deze overeenkomst van toepassing. Rechthebbenden met een inschaling EOSSP 0 of 1 moeten geen zorgtrajectcontract ondertekenen.

§ 2. Na de ondertekening van het zorgtrajectcontract gebeurt het volgende:

1. De arts-specialist in de kindergeneeskunde, verbonden aan het PMOC, stuurt een kopie van het getekende contract naar het ziekenfonds van de patiënt.
2. De adviserend arts van het ziekenfonds keurt het zorgtrajectcontract al dan niet goed en laat aan de patiënt, de huisarts of de arts-specialist in de kindergeneeskunde (eerste niveau) en de arts-specialist in de kindergeneeskunde (tweede niveau) weten dat het contract start en dit op de dag dat de arts-specialist in de kindergeneeskunde, verbonden aan het PMOC PMOC-coördinator het zorgtrajectcontract heeft ondertekend.

§ 3. Een zorgtraject kan gestopt worden om één van de volgende redenen:

1. De rechthebbende moet alle voorwaarden van het zorgtrajectcontract naleven, gedefinieerd in artikel 5, §4. Een uitzondering hierop vormt een eenmalig voorkomen van een trimester zonder contact met de PMOC. Het PMOC is verplicht in het dossier weer te geven waarom deze contactverplichting niet nagekomen kon worden en welke pogingen ondernomen werden om de rechthebbende te bereiken.
2. Indien hij dit niet doet, dan wordt het zorgtrajectcontract verplicht beëindigd, waardoor hij de voordelen die er mee gepaard gaan, verliest. De PMOC-coördinator brengt kan ook zelf de verzekeringsinstelling op de hoogte brengen wanneer een rechthebbende aangeeft uit het zorgtraject te stappen. De verzekeringsinstelling brengt de patiënt schriftelijk op de hoogte van de stopzetting van het contract. De verzekeringsinstelling controleert deze voorwaarden elk jaar. Indien gewenst kan de patiënt daarna wel weer een nieuw contract afsluiten.
3. De rechthebbende kan van huisarts of specialist veranderen in de loop van een zorgtraject. In dat geval moeten de rechthebbende en de betrokken artsen een nieuw contract ondertekenen. Ook wanneer de arts (de huisarts of arts-specialist in de kindergeneeskunde, eerste en/of tweede niveau) zijn medische praktijk stopzet of zijn verbintenissen ingevolge het zorgtrajectcontract niet meer kan voortzetten, moet een andere arts de zorg overnemen via een nieuw contract. Dit alles leidt niet tot een herstart van het traject, maar betekent een voortzetting van het contract met de nieuwe huisarts of arts-specialist in de kindergeneeskunde. Indien de

rechthebbende van PMOC verandert, is de PMOC waarbij het zorgtraject werd opgestart verantwoordelijk voor het bezorgen van alle relevante documentatie aan de PMOC waar de rechthebbende verder wordt opgevolgd, mits toestemming van de voogd van de rechthebbende.

IN ARTIKEL 8

§ 1. Krachtens de bepalingen van artikel 138, 2°, b) 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, kan het multidisciplinair zorgtraject van een rechthebbende enkel in aanmerking komen voor de terugbetaling door de verzekering voor geneeskundige verzorging wanneer de adviserend arts een gunstig advies heeft gegeven over de tenlasteneming van het multidisciplinair zorgtraject van de rechthebbende. De aanvraag voor een tegemoetkoming in de kostprijs van het multidisciplinaire zorgtraject is opgenomen in bijlage 4. De adviserend arts van de verzekeringsinstelling stelt, voor elk afzonderlijk geval, de datum vast vanaf welke de tegemoetkoming wordt toegekend. De datum betreft de dag waarop de arts-specialist in de kindergeneeskunde van het PMOC het zorgtrajectcontract heeft ondertekend. De tegemoetkoming wordt geweigerd voor de verstrekkingen die zijn verricht langer dan 30 dagen voor de datum waarop de aanvraag door de adviserend arts is ontvangen.

§ 2. De aanvraag voor een tegemoetkoming in de kostprijs van het multidisciplinair zorgtraject door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging moet deels ingevuld worden door een ouder of voogd van de rechthebbende en deels ingevuld worden door de verantwoordelijke arts-specialist in de kindergeneeskunde van het PMOC.

§ 3. De periode van de tenlasteneming die door de adviserend arts wordt toegestaan op basis van één individuele aanvraag voor de tenlasteneming mag niet langer dan 5 jaar duren. Na deze toegestane periode mag de tenlasteneming evenwel worden verlengd, eventueel voor een nieuwe periode van 5 jaar, op voorwaarde dat de rechthebbende nog steeds voldoet aan de voorwaarden van artikel 4 van deze overeenkomst. Indien de rechthebbende 18 jaar wordt in de loop van een toegestane periode van meer dan één jaar en maximum 5 jaar, wordt de periode ingekort tot de dag die voorafgaat aan de datum van zijn 18^{de} verjaardag. De laatste verstrekking dient voor de 18^{de} verjaardag te worden uitgevoerd.

§ 4. Tijdens de door de adviserend arts toegestane periode van het multidisciplinair zorgtraject, kan het bedrag, vermeld in artikel 10, en de bijhorende pseudocode worden aangerekend.

§ 5. De adviserend arts wordt geacht zijn akkoord te verlenen binnen de twee weken na ontvangst van voornoemde bijlage. Bij gebrek van een antwoord van de adviserend arts binnen de termijn van twee weken is de ingediende aanvraag goedgekeurd.

IN ARTIKEL 10

§ 8. Het trimesterieel forfait vergoedbaar in het kader van onderhavige overeenkomst, kan voor de volledige periode die dit forfait dekt niet worden gecumuleerd met de vergoedbare verstrekkingen in het kader van de revalidatieovereenkomst voor pediatrische revalidatie (overeenkomst met Clairs Vallons en het Zeepreventorium), met uitzondering van de verstrekking “vooronderzoekmodule”.

Het trimesterieel forfait dat in het kader van onderhavige overeenkomst wordt vergoed kan evenmin gecumuleerd worden met een overeenkomst inzake eetstoornissen.

De volgende toevoeging aan de overeenkomst voor ‘pediatrische revalidatie met de centra Zeepreventorium (7.76.602.77) en Clairs Vallons (7.76.601.78)’ werd goedgekeurd op het Verzekeringscomité van 07/07/2025 (nota CGV_2025_196):

Aan artikel 26 van de overeenkomst met het Zeepreventorium en aan artikel 32 van de overeenkomst met Clairs Vallons worden volgende bepalingen toegevoegd:

“Met uitzondering van de vooronderzoekmodule, zijn de in het kader van deze overeenkomst vergoedbare verstrekkingen niet cumuleerbaar met het programma vergoedbaar in het kader van de “overeenkomst obesitas bij kinderen”, gesloten met de pediatrische multidisciplinaire obesitas centra (PMOC). Dit impliceert dat tijdens de periode die het trimesteriele forfait dekt in het kader van de “overeenkomst obesitas bij kinderen”, geen enkele verstrekking vergoedbaar is in het kader van onderhavige overeenkomst, behalve de vooronderzoekmodule.”

Deze wijzigingen gaan in op 7 juli 2025.

Mickael Daubie

Directeur-generaal

Bijlagen :

