

SÉNAT DE BELGIQUE

SESSION EXTRAORDINAIRE DE 2003

8 JUILLET 2003

Proposition de loi relative à l'hospitalisation à domicile

(Déposée par Mme Marie-José Laloy)

DÉVELOPPEMENTS

La présente proposition de loi reprend le texte d'une proposition qui a déjà été déposée au Sénat le 9 avril 2003 (doc. Sénat, n° 2-1618/1 — 2002/2003).

En Belgique, les patients, et spécialement les enfants, ont rarement la possibilité de rentrer chez eux alors que le traitement qui leur est dispensé en milieu hospitalier pourrait également l'être à domicile. Pourtant, des solutions existent. De nombreux pays ont ainsi mis en place depuis de nombreuses années, l'hospitalisation à domicile (ci-après HAD) soit de manière générale, soit dans le cadre pédiatrique.

L'HAD constitue, dans certains cas, une alternative à l'hospitalisation. Elle recouvre l'ensemble des soins médicaux et paramédicaux dispensés à domicile à des malades dont l'état ne justifie pas le maintien au sein d'une structure hospitalière. L'HAD est donc le complément à l'hôpital et d'une certaine manière, son prolongement. Elle permet d'assumer les soins continus tant pour des maladies incurables que pour les maladies curables.

Dans le cas des maladies incurables, le moment entre le constat de l'incurabilité et le décès peut être très long, la médecine doit alors tendre à la fois à préserver la qualité de vie des patients ainsi qu'à améliorer les conditions physiques et morales. Dans ce cas, l'HAD permet d'assurer la continuité du suivi

BELGISCHE SENAAAT

BUITENGEWONE ZITTING 2003

8 JULI 2003

Wetsvoorstel met betrekking tot de thuiszorg

(Ingediend door mevrouw Marie-José Laloy)

TOELICHTING

Dit wetsvoorstel neemt de tekst over van een voorstel dat reeds op 9 april 2003 in de Senaat werd ingediend (stuk Senaat, nr. 2-1618/1 — 2002/2003).

In België wordt aan patiënten — en in het bijzonder aan kinderen — slechts zelden de mogelijkheid geboden om naar huis te gaan, terwijl de behandeling die in het ziekenhuis wordt gegeven net zo goed thuis kan. Er bestaan nochtans oplossingen. In vele landen bestaat sinds geruime tijd de thuiszorg, zowel in het kader van de algemene geneeskunde als in de pediatrie.

De thuiszorg kan in een aantal gevallen de ziekenhuisopname vervangen. Zij omvat de volledige medische en paramedische verzorging die thuis wordt verstrekt aan zieken wier toestand geen voortdurend verblijf in het ziekenhuis rechtvaardigt. De thuiszorg vult dus de ziekenhuisopname aan en vormt er in zekere zin de uitloper van. Met de thuiszorg kan er zonder onderbreking zorg worden verstrekt, zowel bij ongeneeslijke als bij voorbijgaande aandoeningen.

In het geval van ongeneeslijke ziekten kan de periode tussen de diagnose van ongeneeslijkheid en het moment van overlijden vrij lang duren. De taak van de geneeskunde is dan de levenskwaliteit van de patiënt te vrijwaren en de fysieke en morele conditie te verbeteren. De thuiszorg maakt het in die gevallen

et des soins sans rupture «dogmatique» entre les phases curative et palliative.

Dans ces cas, les expériences que l'on connaît en Belgique et à l'étranger (tel qu'en France ou dans le canton de Vaud en Suisse) ont montré que la mise en place d'un tel retour est véritablement bénéfique pour les patients. Le retour à domicile constitue un soulagement pour le patient de se retrouver enfin dans son milieu familial et favorise son épanouissement, voire sa guérison. Le cas des enfants est à ce titre particulièrement révélateur. L'expérience d'une hospitalisation est toujours un moment difficile à vivre, elle l'est d'autant plus lorsqu'il s'agit d'un enfant.

Outre de permettre aux patients de se retrouver dans un milieu familial, l'HAD constitue une solution non négligeable face au développement du phénomène des infections nosocomiales, répandues dans les hôpitaux. Face à un tel phénomène, le principe de précaution doit être encouragé en laissant les patients rentrer chez eux, accompagnés d'une équipe spécialisée.

L'HAD permet de prendre en charge des pathologies lourdes impliquant des soins complexes et pour certains desquels les milieux hospitaliers d'accueil ne disposent pas d'assez de lits. L'on songe notamment aux services d'oncologie pédiatrique ou de néphrologie pédiatrique.

Enfin, l'on ne peut manquer également de mettre en exergue l'impact financier positif de tels services. Bien qu'aucune étude officielle n'ait encore abouti en Belgique sur cette question, des pays tels que la France ou la Suisse ont pu mesurer les économies importantes que peut générer le recours à de tels services. À titre d'exemple, l'on peut signaler qu'en France, le prix de la journée d'une HAD en oncologie est d'environ 150 euros alors qu'en milieu hospitalier, elle a un coût de 394 euros.

Il n'en reste pas moins que le retour à domicile et la prise en charge d'un patient hospitalisé se heurte généralement à de nombreux obstacles: manque d'organismes aptes à assumer une telle prise en charge, manque d'informations du milieu hospitalier sur les mesures alternatives à une hospitalisation, crainte du milieu familial d'être confronté directement à la maladie.

La reconnaissance de l'HAD en Belgique impose nécessairement sa reconnaissance légale comme structure de soins de santé alternative et la fixation d'un cadre légal permettant à la fois d'organiser des structures médicales adéquates garantissant aux patients la qualité des soins ainsi qu'une intervention dans les coûts des soins de santé qui ne pénalise pas le patient qui y recourt.

mogelijk om de patiënt zonder onderbreking te volgen en te verzorgen, zonder dat er een «dogmatische» onderbreking is tussen de curatieve en de palliatieve fase.

De ervaringen die men heeft gehad in België en in het buitenland (meer bepaald in Frankrijk of in het kanton Vaud in Zwitserland) tonen aan dat de terugkeer naar huis de patiënten werkelijk ten goede komt. De patiënt is opgelucht dat hij eindelijk weer in de familiale sfeer verblijft en dat doet hem weer opbloeien en kan zelfs de genezing in de hand werken. Een ziekenhuisopname is altijd een nare ervaring en des te zwaarder als het om een kind gaat.

De thuiszorg geeft de patiënten niet alleen de kans weer in gezinsverband te leven, maar biedt ook een niet te verwaarlozen antwoord op het probleem van de ziekenhuisinfecties. Met betrekking tot dit fenomeen moet het voorzorgsbeginsel bevorderd worden en moeten de patiënten naar huis kunnen gaan, bijgestaan door een gespecialiseerd team.

De thuiszorg maakt het mogelijk zware pathologieën te behandelen die een ingewikkelde verzorging vergen en waarvoor de ziekenhuizen soms niet over genoeg bedden beschikken. Wij denken hier bijvoorbeeld aan kanker of aan nierziekten bij kinderen.

Ook moet men zeker de positieve financiële gevolgen benadrukken van een dergelijke verzorging. In België is daarover nog geen enkele officiële studie beschikbaar, maar landen als Frankrijk en Zwitserland hebben door het invoeren van de thuiszorg grote besparingen genoteerd. In Frankrijk bijvoorbeeld bedraagt de kostprijs van een dag thuiszorg voor een kankerpatiënt ongeveer 150 euro, terwijl een dag in het ziekenhuis 394 euro kost.

Toch stoten de terugkeer naar huis en de verzorging van een patiënt gewoonlijk op een groot aantal hindernissen: er zijn te weinig organisaties die de verzorging op zich kunnen nemen, het ontbreekt in ziekenhuiskringen aan informatie over alternatieven voor een ziekenhuisopname en de familie staat vaak huiverig tegenover de directe confrontatie met de ziekte.

De erkenning van de thuiszorg in België impliceert onvermijdelijk de wettelijke erkenning ervan als alternatieve structuur voor gezondheidszorg, en het scheppen van een wettelijk kader om de gepaste medische structuren te organiseren die de kwaliteit van de verzorging garanderen, alsook om een deel van de verzorgingskosten van de patiënt terug te betalen, zodat de patiënt die voor thuiszorg kiest, niet benadeeld wordt.

Pour la reconnaissance légale de l'HAD, l'on s'est inspiré de la définition française du concept.

L'HAD doit être comprise comme un service de soins continus. En effet, dans le cas d'une maladie incurable, le malade qui a été entouré par une équipe soignante ne doit pas être soudainement séparé de cette équipe pour le seul motif qu'il entrerait en phase de soins palliatifs.

Pour cela, l'on propose que l'HAD puisse couvrir trois types de soins: les soins ponctuels, les soins continus et la réadaptation à domicile.

Sur le plan médical, cela implique au premier chef la réalisation d'un projet thérapeutique établi par le médecin hospitalier. La définition d'un tel projet permettra de prévoir la qualification du personnel soignant et accompagnant. Il doit constituer également la grille de référence en terme de prestations de soins.

L'HAD implique en outre une coordination optimale entre le milieu hospitalier initial, le médecin traitant et l'équipe soignante. Cette coordination résultera de contacts réguliers par le biais du médecin hospitalier avec le médecin traitant ou l'équipe soignante. Une telle coordination doit également permettre au médecin hospitalier d'évaluer au moins périodiquement l'état du patient et d'apprécier la situation sociale ou familiale de ce dernier.

Dans le cadre de l'HAD, les équipes soignantes ont évidemment un rôle crucial. Elles se distinguent des autres services de soins à domicile par la complexité des gestes que leurs membres doivent poser, par la disponibilité qu'elles doivent avoir à l'égard du suivi tant médical que psychologique du patient et de son entourage. Il doit s'agir d'une équipe performante, interdisciplinaire — infirmiers, infirmiers pédiatriques, kinésithérapeutes, aides soignantes, diététiciens, psychologues. Une telle équipe doit également disposer d'une pharmacie ambulatoire. Elle doit assurer l'information régulière tant à l'égard du médecin hospitalier que du médecin traitant dans le cas où celui-ci a été impliqué dans le projet thérapeutique. Cette relation triangulaire est indispensable pour garantir des soins adéquats et sécurisant pour le patient et son entourage. Elle doit enfin assurer un accompagnement important du patient et de son entourage et avoir lieu dans une certaine proximité.

Sur le plan financier, il faut enfin constater qu'aujourd'hui les patients souhaitant bénéficier d'une HAD sont financièrement sanctionnés bien qu'ils permettent, paradoxalement, à l'assurance maladie-invalidité de réaliser des économies. En effet, certains médicaments, les actes techniques infirmiers spécifiques ou encore le matériel médical ne sont pas

Voor de wettelijke erkenning van de thuiszorg hebben wij ons gebaseerd op de Franse definitie van het begrip.

De thuiszorg moet beschouwd worden als een vorm van doorlopende verzorging. In het geval van een ongeneeslijke ziekte mag de patiënt die door een verzorgend team werd omringd, immers niet plotseling van dat team worden gescheiden, alleen omdat hij in de fase van de «palliatieve zorg» is terechtgekomen.

Wij stellen dus voor dat de thuiszorg drie soorten verzorging inhoudt: de specifieke verzorging, de doorlopende verzorging en de thuisrevalidatie.

Op het medische vlak betekent dit dat er in eerste instantie een therapeutisch plan opgesteld moet worden door de ziekenhuisarts. Dat plan maakt het ook mogelijk de vereiste kwalificaties in te schatten van het verzorgend en begeleidend personeel. De zorgverstrekking moet bovendien aan dat plan getoetst worden.

De thuiszorg houdt ook een optimale coördinatie in tussen de oorspronkelijke ziekenhuisomgeving, de behandelende arts en het verzorgend team. Die coördinatie wordt gecreëerd door regelmatig contact tussen de ziekenhuisarts en de behandelende arts of het verzorgend team. Dankzij de coördinatie moet de ziekenhuisarts ook ten minste op regelmatige basis de toestand van de patiënt kunnen beoordelen en zijn sociale en familiale situatie kunnen inschatten.

De verzorgende teams vervullen in het kader van de thuiszorg uiteraard een cruciale rol. Zij onderscheiden zich van andere diensten voor thuiszorg door de complexiteit van de handelingen die de verzorgers moeten verrichten en door de beschikbaarheid waarvan zij blijf moeten geven met betrekking tot de medische en psychologische follow-up van de patiënt en zijn omgeving. Daar is een doeltreffend, interdisciplinair team voor nodig bestaande uit verplegers en verpleegsters in de pediatrie, kinesisten, ziekenverzoegers, diëtisten en psychologen. Ook moet dat team over een ambulante apotheek beschikken. Er moet regelmatig informatie worden doorgegeven aan de ziekenhuisarts en aan de behandelende arts, wanneer deze laatste bij het therapeutisch plan betrokken is. Deze driehoeksverhouding is absoluut noodzakelijk om de passende en voor de patiënt en zijn omgeving geruststellende verzorging te kunnen garanderen. Ze moet ten slotte de begeleiding van de patiënt en zijn naasten garanderen, waarbij dus geen al te grote afstanden mogen bestaan.

Op het financiële vlak stelt men vast dat patiënten die momenteel thuiszorg willen krijgen, financieel benadeeld worden alhoewel zij paradoxaal genoeg de ziekteverzekering in staat stellen om geld te besparen. Bepaalde medicijnen, specifieke technische verpleegkundige handelingen en medisch materiaal worden immers niet terugbetaald door de ziekteverzekering.

remboursés par l'assurance soins de santé. À titre d'exemple, on peut chiffrer le coût d'une journée en milieu hospitalier à environ 500 euros dans les services spécialisés alors que dans le cadre de l'HAD telle qu'actuellement pratiquée, elle s'élève à environ 150 euros pour une personne souffrant d'une pathologie cancéreuse ou 150 euros pour une personne atteinte par le sida.

Un retour à domicile précoce d'un patient a de multiples avantages tant pour le patient que pour la société. Mais un tel retour ne s'improvise pas. Pour cela, il doit être encadré sur le plan réglementaire afin de garantir à la fois la qualité des soins dispensés aux patients et l'intervention de l'assurance soins de santé et donc de ne pas pénaliser le patient qui y recourt. C'est l'objectif auquel tente de répondre la proposition de loi qui vous est présentée.

Marie-José LALOY.

*
* *

PROPOSITION DE LOI

CHAPITRE PREMIER

Disposition générale

Article 1^{er}

La présente loi règle une matière visée à l'article 78 de la Constitution.

CHAPITRE II

Définition

Art. 2

L'hospitalisation à domicile recouvre l'ensemble des soins médicaux et paramédicaux délivrés à domicile à des malades dont l'état ne justifie pas le maintien au sein d'une structure hospitalière. Ces soins doivent être de nature et d'une intensité comparables à ceux qui étaient susceptibles de leur être prodigués dans le cadre d'une hospitalisation traditionnelle.

Ter illustratie: een dag in een gespecialiseerde dienst in het ziekenhuis kost ongeveer 500 euro, terwijl de thuiszorg zoals zij thans wordt toegepast op 150 euro komt voor een kankerpatiënt en op 150 euro voor een AIDS-patiënt.

De vervroegde terugkeer naar huis biedt vele voordelen, zowel voor de patiënt als voor de samenleving. Deze terugkeer moet echter goed voorbereid worden. Er moet een wettelijke regeling komen, zodat men tegelijkertijd de kwaliteit van de zorgverstrekking en de terugbetaling door de ziekteverzekering kan garanderen en de patiënt die thuis wordt verzorgd dus niet benadeeld wordt. Dit wetsvoorstel tracht aan deze doelstellingen te beantwoorden.

*
* *

WETSVOORSTEL

EERSTE HOOFDSTUK

Algemene bepalingen

Artikel 1

Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 78 van de Grondwet.

HOOFDSTUK II

Definitie

Art. 2

De thuiszorg omvat elke medische en paramedische zorg die thuis wordt verstrekt aan zieken wier toestand geen verblijf in een ziekenhuis vereist. De aard en de kwaliteit van deze verzorging moet vergelijkbaar zijn met de verzorging in een traditionele ziekenhuisstructuur.

CHAPITRE III

Champ d'application

Art. 3

L'hospitalisation à domicile concerne tant les enfants que les adultes atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives ou instables qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés.

Art. 4

Les types de soins dispensés dans le cadre de l'hospitalisation à domicile sont :

1° les soins ponctuels qui sont définis comme des soins techniques complexes, chez des patients ayant une pathologie non stabilisée, pris en charge pour une durée préalablement déterminée. Ils peuvent être fréquemment réitérés;

2° les soins continus qui associent, pour une durée non déterminée préalablement, des soins techniques plus ou moins complexes, des soins de nursing, des soins infirmiers, ainsi que le maintien d'une qualité de vie. Ils concernent des patients ayant une pathologie évolutive;

3° la réadaptation au domicile destinée à des patients pris en charge pour une durée déterminée, après la phase aiguë d'une pathologie neurologique, orthopédique, cardiologique ou d'une polyopathie.

CHAPITRE IV

Le retour au domicile

Art. 5

Il ne peut avoir lieu à une hospitalisation à domicile qu'après détermination du projet thérapeutique et appréciation des possibilités familiales et sociales du patient par le service social hospitalier.

La prescription de l'hospitalisation à domicile est le fait du médecin hospitalier avec l'accord du médecin traitant.

Art. 6

Le projet thérapeutique formalise l'ensemble des soins cliniques, psychologiques et infirmiers avec un encadrement psychosocial que l'état du patient nécessite.

HOOFDSTUK III

Toepassingsgebied

Art. 3

De thuiszorg is bestemd voor kinderen en volwassenen die ernstig, acuut of chronisch ziek zijn, die lijden aan een progressieve ziekte of onstabiele toestand en die, indien er geen thuiszorg bestond, opgenomen zouden moeten worden in het ziekenhuis.

Art. 4

De vormen van zorg die in het kader van de thuiszorg worden verstrekt zijn :

1° specifieke verzorging die als complexe technische verzorging wordt gedefinieerd, voor patiënten die in een niet gestabiliseerde toestand zijn en die behandeld worden voor een vooraf bepaalde periode. Die verzorging kan frequent herhaald worden;

2° doorlopende verzorging die voor een niet vooraf bepaalde periode min of meer complexe technische verzorging, nursing, verpleegkundige verzorging en het behoud van een zekere levenskwaliteit inhoudt. Zij betreft patiënten met een progressieve ziekte;

3° thuisrevalidatie, bestemd voor patiënten die behandeld worden voor een bepaalde periode, na de acute fase van een neurologische, orthopedische, cardiologische of polyopathologische aandoening.

HOOFDSTUK IV

De terugkeer naar huis

Art. 5

Thuiszorg kan pas beginnen na het vastleggen van een therapeutisch plan en de evaluatie van de familiale en sociale toestand van de patiënt door de sociale dienst van het ziekenhuis.

De thuiszorg wordt voorgeschreven door de ziekenhuisarts, met instemming van de behandelende arts.

Art. 6

In het therapeutisch plan wordt de klinische, psychologische en verpleegkundige zorg omschreven, samen met de psychosociale begeleiding die de patiënt in zijn toestand nodig heeft.

Il définit la composition de l'équipe soignante de l'hospitalisation à domicile et les caractéristiques auxquelles celle-ci doit répondre pour la bonne mise en œuvre du traitement prescrit par le médecin hospitalier.

Art. 7

Le médecin hospitalier explicite le projet thérapeutique au médecin traitant et à l'équipe soignante de l'hospitalisation à domicile, impliquant une coordination des soins et des intervenants. Il indique plus particulièrement les soins cliniques et psychosociaux impliquant une coordination des soins.

Le projet thérapeutique est actualisé durant le séjour et au moment de la sortie du patient par le médecin hospitalier, le médecin traitant et l'équipe soignante de l'hospitalisation à domicile et, si nécessaire, le service social.

Art. 8

L'appréciation des possibilités familiales et sociales du patient revient au service social hospitalier. Celui-ci est sollicité par le médecin hospitalier. Le service social prend en compte les besoins sociaux et matériels du patient pour informer adéquatement le médecin hospitalier.

CHAPITRE V

Les équipes soignantes assurant l'hospitalisation à domicile

Art. 9

Les équipes soignantes assurant l'hospitalisation à domicile se caractérisent par la spécialisation de leur personnel infirmier pour poser des actes techniques spécifiques, leur organisation assurant un suivi continu des patients traités et la collaboration étroite tant entre les personnes intervenant auprès du patient qu'avec le milieu hospitalier d'origine, et spécialement avec le médecin hospitalier prescripteur.

Art. 10

Les équipes soignantes sont interdisciplinaires.

Leur interdisciplinarité implique la mise en œuvre d'une coordination effective et efficace de l'ensemble des personnes.

Selon le projet thérapeutique établi, les équipes soignantes peuvent être multidisciplinaires.

Het plan legt de samenstelling van het team voor thuiszorg vast en omschrijft de voorwaarden waaraan dit team moet voldoen om de door de ziekenhuisarts voorgeschreven behandeling goed te kunnen uitvoeren.

Art. 7

De ziekenhuisarts overloopt samen met de behandelende arts en het team voor thuiszorg in detail het therapeutisch plan, waarbij ook de coördinatie van de verzorging en de zorgverleners aan bod komt. De ziekenhuisarts specificeert in het bijzonder de klinische en psychosociale zorgverstrekking die om coördinatie vraagt.

Het therapeutisch plan wordt tijdens het ziekenhuisverblijf en na het ontslag van de patiënt aangepast door de ziekenhuisarts, de behandelende arts en het team voor thuiszorg, indien nodig, door de sociale dienst.

Art. 8

De evaluatie van de familiale en sociale omstandigheden van de patiënt wordt uitgevoerd door de sociale dienst van het ziekenhuis. De ziekenhuisarts verzoekt hiertoe. Om de ziekenhuisarts correct in te lichten, kijkt de sociale dienst naar de sociale en materiële noden van de patiënt.

HOOFDSTUK V

De teams voor thuiszorg

Art. 9

Kenmerkend voor de teams voor thuiszorg is dat het verplegend personeel gespecialiseerd is om specifieke technische handelingen uit te voeren, dat ze zo georganiseerd zijn dat de behandelde patiënten doorlopend gevolgd kunnen worden en dat er nauw wordt samengewerkt tussen de personen die de patiënt verzorgen en de oorspronkelijke ziekenhuisomgeving en in het bijzonder de voorschrijvende ziekenhuisarts.

Art. 10

De teams voor thuiszorg zijn interdisciplinair.

Dit interdisciplinaire aspect houdt een daadwerkelijke en efficiënte coördinatie van de teamleden in.

Naar gelang van het therapeutisch plan, kunnen de teams voor thuiszorg multidisciplinair zijn.

Art. 11

Les équipes soignantes doivent avoir la possibilité d'accès à une pharmacie qui puisse répondre aux besoins spécifiques du patient.

Art. 12

Les équipes soignantes assurent une formation continuée en soins infirmiers à leur personnel pour pouvoir poser les gestes techniques à la prise en charge des pathologies qu'il pourrait rencontrer.

CHAPITRE VI

Le suivi et la fin de l'hospitalisation à domicile

Art. 13

Selon le projet thérapeutique, le médecin traitant ou l'équipe soignante informe périodiquement ou quotidiennement le médecin hospitalier de l'état de santé du patient.

Art. 14

Le service social hospitalier et l'équipe de l'hospitalisation à domicile réévaluent périodiquement la situation du patient sur le plan psychologique et matériel.

Sauf situation d'urgence, il en informe périodiquement le médecin hospitalier.

Art. 15

Lors de la sortie du patient, un rapport est rédigé par l'équipe soignante. Il expose les développements du projet thérapeutique. Il est transmis au médecin hospitalier et au médecin traitant.

CHAPITRE VII

Modifications de l'assurance maladie

Art. 16

Le Roi prend les mesures nécessaires à l'exécution de cette loi, en fixant notamment un prix de journée de l'hospitalisation à domicile pour les maladies graves ou évolutives dont les patients sont atteints.

19 juin 2003.

Marie-José LALOY.

Art. 11

De teams voor thuiszorg moeten toegang krijgen tot een apotheek die aan de specifieke noden van de patiënten kan tegemoetkomen.

Art. 12

De teams voor thuiszorg geven hun leden bijscholing in verpleegtechnieken, zodat deze laatsten de technische handelingen kunnen uitvoeren die nodig zijn bij de behandeling van ziekten waarmee zij bij hun patiënten geconfronteerd kunnen worden.

HOOFDSTUK VI

De voortgangscontrole en de beëindiging van de thuiszorg

Art. 13

Naar gelang van het therapeutisch plan, brengt de behandelende arts of het team de ziekenhuisarts regelmatig of dagelijks op de hoogte van de gezondheids-toestand van de patiënt.

Art. 14

De sociale dienst van het ziekenhuis en het team voor thuiszorg evalueren na verloop van een bepaalde tijd de situatie van de patiënt op psychologisch en op materieel vlak.

Behalve in spoedeisende gevallen wordt de ziekenhuisarts hiervan na verloop van een bepaalde tijd op de hoogte gebracht.

Art. 15

Bij het stopzetten van de behandeling stelt het team voor thuiszorg een verslag op. Het verloop van het therapeutisch plan wordt erin toegelicht. Het wordt overgezonden aan de ziekenhuisarts en de behandelende arts.

HOOFDSTUK VII

Wijzigingen in de ziekteverzekering

Art. 16

De Koning neemt de nodige maatregelen voor de uitvoering van deze wet, meer bepaald door een dagprijs vast te leggen voor de thuiszorg van patiënten die lijden aan ernstige of progressieve ziekten.

19 juni 2003.