Richtlijnen van het RIZIV

VIJFTIENDE WIJZIGINGSCLAUSULE BIJ DE NATIONALE OVEREENKOMST TUSSEN DE APOTHEKERS EN DE V.I.

Hierna volgt de tekst van de vijftiende wijzigingsclausule bij de nationale overeenkomst van 20 december 1995 tussen de apothekers en de verzekeringsinstellingen(*) die in werking treedt op 1 april 2008.

…

Eerste artikel. Het artikel 1 van de tiende wijzigingsclausule(*) bij de overeenkomst tussen de apothekers en de verzekeringsinstellingen wordt verlengd van 1 april 2008 tot 31 maart 2009.

Art. 2. De partijen die deze overeenkomst hebben getekend, kunnen de wijzigingsclausule eenzijdig opzeggen per trimester, m.a.w. vóór 30 juni 2008, vóór 30 september 2008 en vóór 31 december 2008, indien de evaluatie van de vooruitgang van de werkzaamheden met betrekking tot de problematiek van de zuurstoftherapie ten huize van de patiënt negatief is.

Art. 3. De opzegging heeft effect op het einde van de 3de maand volgend op de datum van inwerkingtreding van de opzegging m.a.w. op 30 september 2008 voor een opzeg vóór 30 juni 2008, en op 31 december 2008 voor een opzeg vóór 30 september 2008.

Art. 4. Elke opzegging van de overeenkomst gebeurt met een aangetekende brief aan de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Art. 5. Deze wijzigingsclausule treedt in werking op 1 april 2008.

Opgemaakt te Brussel, op 13 maart 2008.

…

Omzendbrief V.I. nr. 2008/203 – 391/494 van 16 mei 2008.

(*) Niet gepubliceerd in het I.B.

MAATREGELEN VOOR CHRONISCH ZIEKEN - MAXIMUMFACTUUR

Deze omzendbrief heeft tot doel de maatregelen te bespreken die in uitvoering van artikel 197 van de Programmawet van 27 december 2006 (B.S. van 28.12.2006) werden genomen ter bescherming van de chronisch zieken tegen de uitgaven in de gezondheidszorg door een rechtstreekse tegemoetkoming, en een opname van kosten in de MAF-teller mogelijk te maken voor bepaalde geneeskundige prestaties.

Bovenvermelde Programmawet heeft aan het artikel 37, § 16*bis* van de GVU-Wet een 3° toegevoegd dat de Koning toelaat een bijkomende tegemoetkoming in te stellen in de uitgaven van geneeskundige verzorging die onder meer voortvloeien uit *bepaalde aandoeningen* die *voorkomen op een lijst*. Voor zover de uitgaven geneesmiddelen betreffen, worden alle tariferingsverrichtingen en alle betalingen van de verzekeringsinstellingen verplicht gedaan via door de Minister erkende tariferingsdiensten, overeenkomstig de bepalingen inzake Farmanet.

Drie koninklijke besluiten van 3 juni 2007 werden in uitvoering van bovenstaande bepaling van de Programmawet genomen:

1. Koninklijk besluit van 3 juni 2007 tot uitvoering van artikel 37, § 16*bis*, eerste lid, 3°, en vierde lid, van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat de *analgetica* betreft (B.S. van 22.06.2007).

2. Koninklijk besluit van 3 juni 2007 tot uitvoering van artikel 37, § 16*bis*, eerste lid, 3°, en vierde lid, van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat de *patiënten die lijden aan het syndroom van Sjögren* betreft (B.S. van 25.06.2007).

3. Koninklijk besluit van 3 juni 2007 tot uitvoering van artikel 37, § 16*bis*, eerste lid, 3°, en vierde lid, van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat de *actieve verbandmiddelen* betreft (B.S. van 26.06.2007).

De drie koninklijke besluiten zijn op 1 juli 2007 in werking getreden.

De maatregelen gelden zowel voor de rechthebbenden van de *algemene regeling* als voor de rechthebbenden van de *regeling der zelfstandigen.*

Voor wat betreft de tegemoetkoming, wordt er geen onderscheid gemaakt tussen een gewoon verzekerde en een verzekerde met recht op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming.

1. Maatregel voor chronische pijnpatiënten (analgetica)

1.1. Welke tegemoetkoming?

1.1.a) Een tegemoetkoming van *20% van de verkoopprijs aan publiek* van een op de lijst (als bijlage bij het K.B.) voorkomend *analgeticum* op basis van paracetamol of van de associatie paracetamol en codëine.
De verkoopprijs aan publiek is de prijs van het geneesmiddel in de voor het publiek toegankelijke apotheek, inclusief de marge voor de groothandel, de marge voor de apotheker en de BTW. Deze prijs is te vinden op de lijst (als bijlage 1 bij het K.B.) onder de kolom met als opschrift "publieksprijs".

1.1.b) De remgelden voor deze geneesmiddelen (80% van de kostprijs, die gelijk is aan de verkoopprijs aan publiek) worden in de MAF-teller van deze patiënten opgenomen (zonder begrenzing).

1.2. Voor wie is de maatregel bedoeld?

De maatregel is bedoeld voor rechthebbenden met *aanhoudende chronische pijn*, dit wil zeggen pijn die, na een optimale curatieve behandeling aanhoudt gedurende minstens drie maanden, of die aanhoudt na een curatieve behandeling van een ziektebeeld van maligne chronische pijn.

De aanhoudende chronische pijn dient te worden veroorzaakt door één van de aandoeningen vermeld op de lijst als bijlage 3 bij het koninklijk besluit (Kankerpijn, chronische artritis/artrosepijn, neurogene of neuropatische pijn van centrale of perifere oorsprong - inbegrepen multiple sclerose, perifere vasculaire pijn, postchirurgische pijn inbegrepen fantoompijn, en fibromyalgie. Het gaat om een limitatieve lijst (gesloten) van aandoeningen.

Deze definitie zou het mogelijk moeten maken de juiste doelgroep te bereiken, zijnde de patiënten die een zware financiële last dragen door het regelmatig en medisch verantwoord gebruik van niet terugbetaalbare pijnstillers.

1.3. Vergoedingsvoorwaarden

1.3.a) Analgeticum

Alleen de analgetica opgenomen op de lijst als bijlage 1 bij het koninlijk besluit komen in aanmerking voor een tegemoetkoming. Het gaat louter om analgetica op basis van paracetamol of van de associatie paracetamol en codëine wier prijs per *defined daily dose* (DDD) 1,20 EUR niet overschrijdt.
De DDD van een geneesmiddel benadert zo dicht mogelijk de hoeveelheid van een werkzame stof die een volwassene gemiddeld per dag zal innemen wanneer het geneesmiddel voor de belangrijkste indicatie wordt voorgeschreven. De waarde van de *defined daily dose* is te vinden op de lijst onder de kolom met als opschrift "prijs per DDD".

De lijst kan halfjaarlijks worden aangepast bij koninklijk besluit en maandelijks kan de Dienst de lijst updaten en publiceren via het netwerk Internet op het adres http:/www.riziv.fgov.be.

Om te worden opgenomen op de lijst dient de houder van de vergunning voor het in handel brengen van het analgeticum, een aangetekend schrijven te richten aan de Dienst voor geneeskundige verzorging. Deze werkwijze dient enkel om melding te maken van nieuwe analgetica aan de Dienst. Van zodra de twee voorwaarden om te worden opgenomen op de lijst (bestanddeel paracetamol én geen overschrijding van de maximumprijs per defined daily dose) vervuld zijn, wordt het analgeticum op de lijst opgenomen. Omgekeerd, indien de prijs per defined daily dose van een produkt stijgt en de maximumprijs overschrijd, komt het niet meer in aanmerking voor de maatregel. Om die reden dienen wijzigingen aan de prijs van het op de lijst opgenomen analgeticum onverwijld aan de Dienst te worden meegedeeld.

1.3.b) Machtiging

Rechthebbenden die voldoen aan de definitie van chronische pijnpatiënt zoals gesteld in punt 1.2. hierboven, kunnen een machtiging verkrijgen van de adviserend geneesheer (als bijlage 2 bij het K.B.). De machtiging dient te vermelden dat het gaat om een tegemoetkoming voor analgetica, zonder te specificeren om welk analgeticum het precies gaat. Dit impliceert dat de voorschrijvende arts het analgeticum kan wijzigen zonder dat een nieuwe machtiging nodig is.

De machtiging wordt door de adviserend geneesheer uitgereikt aan de rechthebbende, op aanvraag van de behandelende arts of de geneesheer die het GMD van de rechthebbende beheert. Deze laatste dient op de aanvraag te getuigen dat zijn patiënt lijdt aan chronische pijn, en te vermelden door welke aandoening (van de lijst) deze pijn wordt veroorzaakt (art. 3, § 1, van het K.B.).

De geldigheidsperiode van de machtiging wordt op de machtiging aangebracht door de adviserend geneesheer. De periode is beperkt tot een maximale geldigheidsduur van een jaar. Daarna kan de machtiging worden verlengd voor nieuwe periodes van maximaal een jaar.

1.3.c) Geneesmiddelenvoorschrift

Hoewel de analgetica die voorkomen op de lijst, voorschriftvrije geneesmiddelen blijven, is een voorschrift toch vereist indien een chronische patiënt die voldoet aan de voorwaarden, de terugbetaling van 20% van dit geneesmiddel vraagt.

1.3.d) Geen mogelijkheid tot gebruik van het systeem van contante betaling (art. 6, § 6, van de Verordening van 28.07.2003)

De apotheker in open officina zal, op voorlegging van (1) de machtiging, (2) het geneesmiddelen-voorschrift én (3) de SIS-kaart of daarmee gelijkgesteld attest, de tegemoetkoming in derdebetalers-regeling afrekenen. Uiteraard is ook hier artikel 159*bis* van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 van toepassing, dat stelt dat de betalingsverbintenis geldt voor het ganse kalenderkwartaal waarin de SIS-kaart is gelezen.

Aangezien het geneesmiddelen betreft, worden alle tariferingsverrichtingen en alle betalingen van de verzekeringsinstellingen verplicht gedaan via door de Minister erkende *tariferingsdiensten*, overeenkomstig de *bepalingen inzake Farmanet* (wettelijke basis art. 37, § 16*bis*, vierde lid, laatste zin). Dit sluit de mogelijkheid van de toepassing van de *contante betaling* uit.

1.4. Uitsluiting van het toepassingsgebied: ziekenhuis, ziekenhuisdienst en psychiatrisch verzorgings-tehuis

1.4.a) De wettelijke basis van het koninklijk besluit, met name artikel 37, § 16*bis*, vierde lid, laatste zin, van de GVU-wet, bepaalt dat voor zover de uitgaven van geneeskundige verzorging geneesmiddelen betreffen, alle tariferingsverrichtingen en alle betalingen van de verzekeringsinstellingen verplicht worden gedaan via door de Minister erkende tariferingsdiensten, in overeenstemming met de bepalingen van artikel 165 (GVU-Wet - Farmanet). De ziekenhuisapotheken leveren echter tot nog toe hun produkten af buiten dit Farmanet-circuit, waardoor de maatregel niet van toepassing is voor de ziekenhuizen.

1.4.b) Het psychiatrisch verzorgingstehuis rekent de farmaceutische specialiteiten aan volgens de bepalingen van 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.
Het aandeel van de rechthebbenden in de kosten van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten en de kosten van de niet-vergoedbare farmaceutische specialiteiten, wordt ten laste genomen door het psychiatrisch verzorgingstehuis.
De rechthebbende betaalt per verblijfdag een forfaitair bedrag van 0,95 EUR aan het psychiatrisch verzorgingstehuis ter dekking van zowel het persoonlijk aandeel van de vergoedbare, als de kost van de niet-vergoedbare farmaceutische specialiteiten (art. 4, § 3, van de Nationale overeenkomst tussen de psychiatrische verzorgingstehuizen en de verzekeringsinstellingen). De niet-vergoedbare analgetica zijn dus reeds in het forfait begrepen.

2. Maatregel voor patiënten met chronische wonden (actieve verbandmiddelen)

2.1. Welke tegemoetkoming?

2.1.a) Een tegemoetkoming ten belope van 0,25 EUR *per afgeleverde verpakking met actieve verbandmiddelen*

2.1.b) Een forfaitaire vergoeding van 20 EUR per maand die door de verzekeringsinstelling wordt uitbetaald per trimester.
Het recht op de forfaitaire tegemoetkoming gaat in vanaf de eerste dag van de maand waarin de kennisgeving is gebeurd. De forfaitaire tegemoetkoming wordt éénmaal per trimester betaald, waarbij het trimester begint te lopen de eerste dag van de maand waarin de kennisgeving is gebeurd.
Voorbeeld: de kennisgeving is gebeurd op 15 augustus 2007; de eerste dag van de maand is 1 augustus; 60 EUR wordt uitbetaald voor de periode augustus, september en oktober.
Ongeacht het aantal wonden dat een patiënt gelijktijdig heeft, wordt éénmaal per maand het forfait toegekend.
De forfaitaire tegemoetkoming van 20 EUR wordt toegekend ongeacht of er een effectieve aflevering is geweest van verbandmiddelen. Zolang aan de reglementaire voorwaarden is voldaan, dient het forfait te worden betaald aan de rechthebbende.

2.1.c) Het verschil tussen de kostprijs van de afgeleverde actieve verbandmiddelen en de tegemoetkoming (a) en (b) wordt als persoonlijk aandeel beschouwd en opgenomen in de teller van de MAF.
Bij aflevering uit een ziekenhuisapotheek, wordt er geen vergoeding van 0,25 EUR toegekend (zie verder punt 2.4.b)). Hier zal derhalve het verschil tussen de kostprijs van de afgeleverde actieve verbandmiddelen en het forfait (b) als persoonlijk aandeel worden beschouwd en opgenomen in de teller van de MAF.

2.2. Voor wie is de maatregel bedoeld?

De maatregel is bedoeld voor patiënten "met chronische wonden", dit wil zeggen een wond of wonden die gedurende zes weken is behandeld en die na deze periode onvoldoende is geheeld.

Het type van wonde dient voor te komen op de lijst als bijlage 2 van het besluit (arterieel ulcus, veneus ulcus, diabetisch ulcus, drukulcus van stadium II, III of IV, neuropatisch ulcus bij niet diabetici, ulcera ten gevolge van vasculitis, hydradenitis suppurativa, oncologische wonden, post-chirurgische wonden, brandwonden en niet hierboven hernomen chronisch ulcus waarvoor actieve verbandmiddelen het enig therapeutisch alternatief vormen).
Het gaat hierbij eveneens om een gesloten lijst, waarbij voor één categorie (chronisch ulcus waarvoor actieve verbandmiddelen het enig therapeutisch alternatief vormen) een bijkomende voorwaarde geldt (zie punt 2.3.).

2.3. Vergoedingsvoorwaarden

2.3.a) Actief verbandmiddel

Alleen de actieve verbandmiddelen opgenomen als bijlage 1 bij het koninklijk besluit komen in aanmerking voor de tegemoetkoming. Het gaat om verbandmiddelen waarvan de verkoopprijs buiten bedrijf voldoet aan de rekenregels opgenomen in bijlage 3 bij het besluit.

De prijs buiten bedrijf is de prijs zonder de marge voor de groothandel, de marge voor de apotheker en de BTW.

De lijst wordt gewijzigd overeenkomstig de procedure voorzien in hoofdstuk II van het Koninklijk besluit van 24 oktober 2002 tot vatstelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 20°, van de GVU-Wet (aanvraag tot opname van een middel wordt door de aanvrager gericht aan de Dienst voor geneeskundige verzorging - Secretariaat van de Technische raad voor diagnostische middelen en verzorgingsmiddelen. Het definitief voorstel van de Raad wordt voorgelegd aan de Overeenkomstencommissie Apothekers-Verzekeringsinstellingen, die beslist over het doorsturen ervan aan het Verzekeringscomité en aan de Commissie voor begrotingscontrole).

2.3.b) Kennisgeving

De behandelende geneesheer richt een *kennisgeving* (als bijlage 4 bij het K.B.) aan de adviserend geneesheer waarin hij verklaart dat de rechthebbende een chronische wonde heeft die na een klassieke behandeling van zes weken onvoldoende is geheeld én, dat ofwel

- de rechthebbende is getroffen door een ulcus die zich op de lijst bevindt;
- ofwel de rechthebbende getroffen is door een niet op de lijst hernomen chronisch ulcus waarvoor actieve verbandmiddelen het enig therapeutisch alternatief vormen, *wat dient bevestigd te worden door een geneesheer-specialist in de dermato-venereologie, na een diagnostisch onderzoek.*

De behandelende geneesheer bewaart de nodige stukken die de noodzaak van de behandeling met actieve verbandmiddelen aantonen in het dossier van de rechthebbende (in het bijzonder geval, ook het verslag van de geneesheer-specialist in de dermato-venereologie).

De kennisgeving heeft een geldigheidssduur van *drie maanden*.

2.3.c) Verlenging

De tegemoetkoming kan maximaal *driemaal* vernieuwd worden voor nieuwe periodes van drie maanden mits telkens een nieuwe kennisgeving aan de adviserend geneesheer. De rechtvaardiging van de verlenging wordt vermeld op de kennisgeving.

De initiële periode en de verlengingen dienen *aan te sluiten***,** want ofwel is de wonde geheeld en dan gaat het niet langer meer om een chronische wonde, ofwel is de wonde niet geheeld en dan is het in het belang van de patiënt om de behandeling verder te zetten.

Indien een wonde als genezen is beschouwd, waardoor de kennisgeving niet wordt verlengd, en de wonde gaat opnieuw open, zal opnieuw de *wachttijd van 6 weken* dienen doorlopen te worden, want dit zal beschouwd worden als *een nieuwe wonde*.

2.3.d) Voorschrift

De rechthebbende dient een voorschrift voor een actief verbandmiddel, opgenomen op de lijst, voor te leggen waarop de voorschrijver de vermelding *"derdebetalersregeling van toepassing"* heeft aangebracht. Deze vermelding is nuttig voor de apotheker die er niet van op de hoogte is dat een kennisgeving werd verstuurd aan de adviserend geneesheer en dat het dus om een patiënt met chronische wonden gaat. Hierdoor kan de apotheker in open officina rechtstreeks het bedrag van 0,25 EUR toepassen in de derdebetalersregeling.

2.3.e) Geen mogelijkheid tot het gebruik van het systeem van contante betaling (art. 6, § 6, van de Verordening van 28.07.2003).

De apotheker in *de open officina* is verplicht op voorlegging van (1) het voorschrift met de vermelding "derdebetalersregeling van toepassing" en (2) de SIS-kaart of daarmee gelijkgesteld attest, de tegemoetkoming van 0,25 EUR in derdebetalersregeling te verwerken. Ook hier is het artikel 159*bis* van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 van toepassing (betalingsverbintenis geldt voor het ganse kalenderkwartaal waarin de SIS-kaart is gelezen).

De *ziekenhuisapotheker* verwerkt, op voorlegging van het voorschrift met de vermelding "derdebetalersregeling van toepassing" alle tariferingsverrichtingen overeenkomstig de instructies voor de facturering, uitgewerkt op basis van artikel 2 van het Koninklijk besluit van 10 oktober 1986 tot uitvoering van artikel 53, negende lid, van de GVU-Wet.

2.4. Uitsluiting uit het toepassingsgebied

2.4.a) Gehele uitsluiting

Artikel 1, tweede zin, van het koninklijk besluit "Deze tegemoetkoming wordt echter niet toegekend aan de voornoemde patiënten tijdens *een opneming* in een ziekenhuis of in *een ziekenhuisdienst* bedoeld in artikel 34, eerste lid, 6°, van de GVU-Wet".

De maatregel voorziet in geen enkele tegemoetkoming (noch 0,25 EUR per actief verbandmiddel, noch het forfait van 20 EUR per maand, noch opname in de MAF) voor patiënten tijdens een opname in een *ziekenhuis* of in een *ziekenhuisdienst* (Zo wordt de opname op een G-dienst eveneens beschouwd als een opname in de zin van art. 34, eerste lid, 6°, van de GVU-Wet, en dus geviseerd door de uitsluiting).
Deze bepaling zal, voor wat het forfait van 20 EUR per maand betreft, echter enkel van toepassing zijn indien en in zoverre de opname in het ziekenhuis of in een ziekenhuisdienst deze hele maand duurt.

Het gaat hier enkel om de opgenomen patiënten; ambulante patiënten of patiënten in daghospitalisatie worden niet geviseerd door de uitsluiting.

Voor opgenomen patiënten maakt de kostprijs van de actieve verbandmiddelen immers deel uit van het BFM.

De opname in een RVT-bed van een ziekenhuis valt daarentegen niet onder de gehele uitsluiting, want het is geen opname in een ziekenhuis zoals bedoeld in artikel 34, eerste lid, 6°, van de GVU-Wet.

2.4.b) Gedeeltelijke uitsluiting

De tegemoetkoming van 0,25 EUR per afgeleverde verpakking met actieve verbandmiddelen is slechts verschuldigd indien de verpakking wordt afgeleverd door een apotheker met een voor het publiek toegenkelijke officina.

Voor wat betreft de actieve verbandmiddelen die worden afgeleverd door de *ziekenhuisofficina* (aan niet-gehospitaliseerde patiënten, vb. patiënten ROB-RVT), wordt *geen tegemoetkoming van 0,25 EUR per afgeleverd verbandmiddel* verrekend, hoewel de facturatie volgens de instructies van de derdebetalersregeling dienen te verlopen.

Artikel 5 van het besluit stelt: “In geval van aflevering door een ziekenhuisapotheker, staat de code vermeld en de *toepasselijke prijs per eenheid* (zijnde een plaat, een wiek of een gram), gevolgd door een asterisk. In dat geval wordt de toepasselijke prijs volledig aangerekend aan de rechthebbende.”

De niet-gehospitaliseerde patiënten hebben wel recht op de forfaitaire tegemoetkoming en op de opname van het verschil van de kostprijs van de verbandmiddelen (afgeleverd in ziekenhuisapotheken), en het forfait in de MAF.

2.5. Maximumfactuur

In artikel 37*sexies* van de GVU-Wet wordt ingevoegd: "Als persoonlijk aandeel wordt tevens beschouwd het verschil tussen de kostprijs van de afgeleverde actieve verbandmiddelen en de tegemoetkoming bedoeld in artikel 4, §§ 1 en 2, van het Koninklijk besluit van 3 juni 2007 tot uitvoering van artikel 37, § 16*bis*, eerste lid, 3°, en vierde lid, van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat de actieve verbandmiddelen betreft".

De verzekeringsinstellingen dienen voor de teller van de maximumfactuur derhalve rekening te houden met:
- 0,25 EUR per afgeleverde verpakking in open officina (art. 4, § 1);
- 20 EUR forfait per maand (art. 4, § 2).

Dit betekent eveneens dat, wanneer voor een rechthebbende de maximumfactuur voor een bepaald kalenderjaar is bereikt, van dan af voor de rest van dat jaar, het persoonlijk aandeel voor de nadien afgeleverde verbandmiddelen volledig wordt terugbetaald (uiteraard steeds rekening houdend met de forfaitaire betaling).

Indien het forfait groter is dan de kostprijs van de actieve verbandmiddelen mag het forfait (of het verschil) echter niet in mindering worden gebracht van de remgeldteller voor de MAF.

Doordat de tegemoetkoming van 20 EUR van het artikel 4, § 1, van het Koninklijk besluit van 3 juni 2007 een maandelijkse tegemoetkoming is (die weliswaar wordt uitbetaald per trimester = betalingsmodaliteit), dient de verrekening bovendien maandelijks te gebeuren, daar een ander werkwijze zou leiden tot een compensatie tussen de verschillende periodes onderling.

Nemen we het volgende voorbeeld om de verwerking te illustreren.
We gaan uit van een kennisgeving met een geldigheidsduur van 3 maanden:

maand 1: 20 EUR forfait
Kostprijs afgeleverde verbandmiddelen minus 0,25 EUR per afgeleverd verbandmiddel in de open officina: <u>30 EUR</u>

maand 2: 20 EUR forfait
Kostprijs afgeleverde verbandmiddelen minus 0,25 EUR per afgeleverd verbandmiddel in de open officina: <u>5 EUR</u>

maand 3: 20 EUR forfait
Kostprijs afgeleverde verbandmiddelen minus 0,25 EUR per afgeleverd verbandmiddel in de open officina: <u>15 EUR</u>

We gaan uit van 3 verschillende methodes om de remgeldteller van de maximumfactuur te voeden:

Bij methode 1 worden negatieve bedragen in mindering gebracht van de MAF-teller, wat het volgende resultaat geeft:
totaal aan forfaits 60 EUR;
totale kostprijs 50 EUR;
in teller van de MAF: -10 EUR.

Bij methode 2 (aparte teller, dus geen negatieve bedragen in de maximumfactuur, maar *geen maandelijkse* verrekening) is het resultaat het volgende:
totaal aan forfaits 60 EUR;
totale kostprijs 50 EUR;
in teller van de MAF: niets.

De volgens de Dienst enige correcte wijze van de verwerking is de verwerking maand per maand wat het volgende resultaat geeft:
maand 1: inbreng 10 EUR in de MAF;
maand 2: inbreng 0 EUR in de MAF;
maand 3: inbreng 0 EUR in de MAF.

2.6. Ingeval het OCMW de kosten van geneeskundige verzorging voor een rechthebbende ten laste neemt, met inbegrip van de kosten voor de actieve verbandmiddelen, aan wie wordt dan het forfait van 60 EUR betaald?

Artikel 136, § 2, van de GVU-Wet bepaalt dat "De bij deze gecoördineerde Wet bepaalde prestaties worden geweigerd indien voor de schade voortvloeiend uit ziekte, letsels, functionele stoornissen of overlijden, krachtens een *andere Belgische wetgeving*, een *vreemde wetgeving* of *gemeen recht* werkelijk schadeloosstelling is verleend…".

Voor wat betreft de kosten ten laste genomen door de OCMW's, dient men een onderscheid te maken tussen kosten die, op grond van de bepalingen van de organieke Wet van 8 juli 1976 betreffende de openbare centra voor maatschappelijk welzijn, gedragen worden door de staat in het kader van de *dringende medische hulp* (bv. Wanneer het gaat om een vreemdeling die illegaal in België verblijft) en andere hulp. In het geval van de dringende medische hulpverlening is er geen tussenkomst van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en verloopt de *facturatie rechtstreeks met het OCMW*.

Voor de andere hulp door het OCMW echter, primeert de tussenkomst van de verplichte verzekering, en worden de bedragen, hoewel rechtstreeks ten laste genomen door het OCMW, beschouwd als "ten laste van de patiënt". De uitbetaling van het forfait zal dus eveneens rechtstreeks aan de patiënt gebeuren. De verdere verrekening tussen het OCMW en de rechthebbende is vreemd aan de ziekteverzekering.

3. Maatregel voor patiënten die lijden aan het syndroom van Sjögren (forfait)

3.1. Welke tegemoetkoming?

Een forfaitaire tegemoetkoming van 20 EUR, maandelijks te betalen door de verzekeringsinstelling. Deze forfaitaire tegemoetkoming wordt geacht de kosten te dekken voor oftalmologische zorgen (kunsttranen en oftalmologische gel). De patiënt moet geen aankoopbewijzen indienen bij zijn verzekeringsinstelling om recht te hebben op het forfait.

3.2. Voor wie is de maatregel bedoeld?

De maatregel is bedoeld voor rechthebbenden die lijden aan het Primair Sjögrensyndroom, vastgesteld door een geneesheer-specialist in de reumatologie, aan de hand van de diagnostische criteria bepaald in bijlage 1 van het koninklijk besluit.

3.3. Vergoedingsvoorwaarden

De geneesheer-specialist in de reumatologie maakt een verklaring op dat de rechthebbende voldoet aan de diagnostische criteria van het Primair Sjögrensyndroom en de rechthebbende maakt deze over aan zijn verzekeringsinstelling.

De vergoeding is verschuldigd vanaf de maand dat het attest door de geneesheer-specialist in de reumatologie werd opgesteld of vanaf de maand dat de patiënt lijdt aan de aandoening zoals vermeld op het attest en ten vroegste vanaf 1 juli 2007.

Er werd geen maximale geldigheidsduur van het attest vastgelegd.

…

Omzendbrief V.I. nr. 2008/216 – 3998/19 van 27 mei 2008.

TEGEMOETKOMING IN DE VERPLAATSINGSKOSTEN VAN DE OUDERS OF DE VOOGD VAN KANKERPATIËNTEN DIE ZIJN OPGENOMEN IN EEN ZIEKENHUIS

Het koninklijk besluit van 30 juni 2008 heeft het Koninklijk besluit van 3 juni 2007 tot uitvoering van artikel 34, eerste lid, 27°, van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, betreffende de tegemoetkoming in de verplaatsingskosten van de ouders of de voogd van kankerpatiënten die zijn opgenomen in een ziekenhuis, gewijzigd. Die wijzigingen betreffen de tegemoetkoming in de verplaatsingskosten van de ouders of de voogd, die voortaan wordt beschouwd als een tegemoetkoming voor het kind, de berekening van die tegemoetkoming op basis van de afstand tussen het ziekenhuis en de hoofdverblijfplaats van het kind, waarbij de tegemoetkoming wordt beperkt tot 75 EUR per dag, en de geldigheidsduur van het document op grond waarvan de aanvraag voor de tegemoetkoming in de verplaatsingskosten wordt ingediend.

1. Rechthebbenden

Het koninklijk besluit voorziet een tegemoetkoming van 0,25 EUR per km in de kostprijs van de heen- en terugreis van de ouders of de voogd van kankerpatiënten die de leeftijd van 18 jaar nog niet hebben bereikt en die zijn opgenomen in een ziekenhuis, waarbij die opneming ten minste een nacht behelst. De dagen waarvoor de verschillende forfaits bedoeld in artikel 4 van de Nationale overeenkomst verpleeginrichtingen-verzekeringsinstellingen verschuldigd zijn, worden hier dus niet bedoeld.

De tegemoetkoming wordt voortaan beschouwd als een tegemoetkoming voor het gehospitaliseerde kind. Dat de verplaatsing van de ouder of wettelijke voogd gebeurt, is uiteindelijk in het belang van het betrokken kind. Daarom is ook voorzien dat het ziekenfonds waarbij het betrokken kind is aangesloten, de tegemoetkoming aan het kind verleent. Dit houdt dus in dat voor de uitbetaling van deze tegemoetkoming dezelfde werkwijze wordt gevolgd als voor de tegemoetkomingen voor andere prestaties van geneeskundige verzorging die aan het kind worden verleend.

Zodra het kind de leeftijd van 18 jaar bereikt, wordt er geen tegemoetkoming meer toegekend. Als het kind 18 jaar zou worden tijdens een ziekenhuisopname, wordt de tegemoetkoming dus enkel toegekend voor de dagen vóór de achttiende verjaardag.

De tegemoetkoming wordt uitbetaald voor elke dag van ziekenhuisopname van het betrokken kind die ten minste een nacht behelst en die valt binnen de geldigheidsduur van het document. De tegemoetkoming wordt toegekend ongeacht de reden van de ziekenhuisopname; ze is dus niet beperkt tot de opnames voor kankerbehandeling. Er wordt niet vereist dat de ouder of de voogd effectief de verplaatsing naar het ziekenhuis heeft gemaakt.

2. Aanvraagformulier

De aanvragen moeten voor elke rechthebbende worden ingediend door middel van het document *"Aanvraag om tegemoetkoming in de reiskosten van de rechthebbende die voldoet aan de bepalingen van het Koninklijk besluit van 3 juni 2007 tot uitvoering van artikel 34, eerste lid, 27°, van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994"*, dat in bijlage bij het Koninklijk besluit van 3 juni 2007 is gevoegd, of elk document dat de vermeldingen bevat die in dat model zijn opgenomen.

Artikel 2, derde lid, van het Koninklijk besluit van 3 juni 2007 voorzag aanvankelijk dat de verzekeringsinstelling de tegemoetkoming verleent voor de dagen dat het kind in het ziekenhuis was opgenomen die vallen binnen het tijdvak van twaalf maanden na het indienen van de aanvraag. Dit had echter tot gevolg dat alle verplaatsingskosten die vallen op de dagen voor de indiening van de aanvraag geweigerd zouden moeten worden. Om dit te vermijden wordt in artikel 2, derde lid, voorzien dat het aanvraagdocument een geldigheidsduur heeft van één jaar, te rekenen vanaf de eerste dag van de kalendermaand voorafgaand aan de maan waarin de behandelende geneesheer het document heeft opgemaakt. Het document blijft geldig voor de verplaatsingskosten van alle ziekenhuisopnames van het kind, die zich voordoen in de periode van één jaar te rekenen van de voormelde eerste dag van de kalendermaand voorafgaand aan die waarin het document door de arts is opgemaakt. Het document kan worden vernieuwd voor nieuwe periodes van een jaar, die dan ten vroegste beginnen te lopen vanaf het einde van de vorige periode. Deze wijziging treedt in werking met terugwerkende kracht vanaf 1 juli 2007.

3. Berekening van de afstand

De in rekening te brengen afstand is de werkelijke afstand tussen de hoofdverblijfplaats van het kind en het ziekenhuis waar het kind voor behandeling is opgenomen. De tegemoetkoming wordt echter beperkt tot 75 EUR per dag. De afstand kan worden berekend door middel van een elektronische routeplanner, waarbij echter steeds de kortste afstand moet worden berekend.

Omzendbrief V.I. nr. 2008/303 – 170/771, 353/12 van 22 juli 2008.

TOEPASSING VAN ARTIKEL 22 VAN DE VERORDENING (EEG) NR. 1408/71 NA DE ARRESTEN KOHLL EN DECKER

Om de inhoud te respecteren van de beschikkingen van de arresten van het Hof van Justitie van de Europese Gemeenschap (HvJEG) van 28 april 1998, die in een nieuwe mogelijkheid voorzagen om te worden vergoed voor sommige vormen van geneeskundige verzorging die vrijwillig buiten het nationale grondgebied is ontvangen, zijn verschillende omzendbrieven opgesteld, met als doel de ministeriële richtlijnen van 1981 betreffende de toepassing van artikel 22 van de Verordening (EEG) nr. 1408/71 aan te passen, aangezien de communautaire wetgeving nog niet volledig in overeenstemming is gebracht met de nieuw gecreëerde situaties.

Deze omzendbrief vermeldt ook welke houding moet worden aangenomen ten opzichte van een grensarbeider die onderworpen is aan het Belgische ziekteverzekeringsstelsel, alsook ten opzichte van een verzekerde van een buitenlandse regeling die is ingeschreven bij een Belgische verzekeringsinstelling en die gebruik heeft gemaakt van de procedure Kohll-Decker. Dezelfde redenering zal worden gevolgd voor de leden van het gezin van de grensarbeider wanneer zij hetzelfde recht genieten als het recht dat aan de grensarbeider is toegekend.

Er wordt ook herinnerd aan de modaliteiten van vereenvoudigde toekenning van de voorafgaande toestemming ten voordele van verzekerden die in sommige grensregio's wonen.

Deze omzendbrief bevat een bijlage met verstrekkingen waarvan het specifieke karakter de toepassing van het onvoorwaardelijke vrije verkeer verhindert, waardoor de nationale beheersmaatregelen – bijvoorbeeld het bepalen van erkenningsnormen en het invoeren van een planning – die worden genomen ten opzichte van die verstrekkingen, ondoeltreffend zouden kunnen worden. Die geneeskundige verzorging moet worden beschouwd als ziekenhuisverstrekkingen overeenkomstig de rechtspraak van het HvJEG, want hoewel de opname van de patiënt niet is vereist, is een ziekenhuisinfrastructuur met alle uitrusting die men gewoonlijk enkel in ziekenhuizen aantreft wel vereist om deze te kunnen verlenen.

Deze bijwerking heeft tot doel de verzekeringsinstellingen toe te laten een tegemoetkoming in de kosten voor geneeskundige verzorging toe te kennen tegen de tarieven van de Belgische verzekering voor geneeskundige verzorging in het kader van de procedure Kohll-Decker in de relaties met Zwitserland, hoewel de principes van het vrij verkeer van goederen en diensten, zoals vervat in het EG-Verdrag en die aan de basis liggen van de rechtspraak van het HvJEG inzake gezondheidszorgen, niet als dusdanig zijn opgenomen in de overeenkomsten tussen de Europese Gemeenschap en de Zwitserse Bondsstaat.

A. PROCEDURE MET TOESTEMMING

Om met toepassing van artikel 22, 1, c, i), van de Verordening (EEG) nr. 1408/71, aanspraak te kunnen maken op de terugbetaling van geneeskundige verstrekkingen tegen de tarieven van de lidstaat van verblijf, moeten de verzekerden een voorafgaande toestemming van het ziekenfonds hebben om zich naar een andere lidstaat te begeven teneinde er een passende behandeling te ondergaan.

Voor de toepassing van artikel 22 van de Verordening (EEG) nr. 1408/71, dient men zich op de volgende principe te baseren:

1. er mag geen toestemming worden verleend voor verzorging in het buitenland wanneer de behandeling medisch-technisch gezien ook in België kan gebeuren;

2. wanneer in zeer uitzonderlijke gevallen, wanneer de behandeling in België niet mogelijk is, toestemming wordt gegeven voor verzorging in het buitenland, moet de adviserend geneesheer de naam van de verzorgingsinstelling en/of de geneesheer-specialist evenals de voorziene behandelingsperiode uitdrukkelijk vermelden; in dat geval moet de verantwoording van de beslissing in het dossier van de betrokkene zijn opgenomen;

3. behoudens de in punt 2 vermelde gevallen, mag geen toestemming worden verleend voor verstrekkingen die in België door de verplichte ziekte- en invaliditeitssverzekering niet mogen worden vergoed of waarvoor de voorwaarden voor vergoeding niet zijn vervuld (absolute beperking).

B. PROCEDURE ZONDER TOESTEMMING

1. Omvang

De verstrekkingen die in de lidstaten van de Europese Economische Ruimte en Zwitserland zijn verleend aan verzekerden die aan de Belgische wetgeving zijn onderworpen (zonder onderscheid in nationaliteit), kunnen worden vergoed tegen de tarieven van de Belgische verzekering voor geneeskundige verzorging, en dit in zoverre:

2. Algemene regels

- de geneeskundige verstrekkingen en geneeskundige producten in België kunnen worden vergoed en aan de vereiste wettelijke vergoedingsvoorwaarden (vereiste van een toestemming om de verstrekking op Belgisch grondgebied te bekomen, bepalen van vernieuwingstermijnen, noodzaak van het op voorhand opstellen van een bestek, …) is voldaan;

- de geneeskundige verstrekkingen buiten een ziekenhuisopname zijn verleend;

- het te vergoeden bedrag het bedrag van de werkelijke gemaakte kosten niet overschrijdt;

- de verzekerde, op het moment van de aanvraag om vergoeding, de kosten al heeft betaald.

3. Specifieke regels voor de vergoeding van bepaalde verstrekkingen

a) *Daghospitalisatie en zware medisch-technische prestaties*
Onder voorbehoud van de bepalingen opgenomen in de bijlage, en indien voldaan is aan de wettelijke voorwaarden en die welke bepaald zijn in de overeenkomst met de verpleeginrichtingen, gaat het om ambulante verstrekkingen die kunnen worden vergoed.

b) *Laboratoriumanalyses*
Ondanks het feit dat de verzekerde zich niet noodzakelijk naar het buitenland begeeft om die analyses op biologische stalen te laten uitvoeren, kan een vergoeding worden betaald als de analyses kunnen worden gelijkgesteld met die welke in België worden uitgevoerd en waarvoor vergoedingsmodaliteiten zijn bepaald.

c) *Farmaceutische specialiteiten met octrooi, farmaceutische specialiteiten zonder octrooi en generische specialiteiten*
De in het buitenland gekochte farmaceutische specialiteit komt in aanmerking voor verzekeringstegemoetkoming op voorwaarde dat zowel haar internationaal goedgekeurde stofnaam (INN) als haar kenmerken volledig identiek zijn, of identiek bevonden worden, met een specialiteit die in België wordt terugbetaald.

Om identiek bevonden te worden, moet deze specialiteit voldoen aan volgende criteria:
* dezelfde werkzame bestanddelen bevatten;
* in dezelfde dosis;
* onder een gelijkaardige farmaceutische vorm;
* in dezelfde associatie.

Worden als gelijkaardige farmaceutische vorm beschouwd:
* tabletten, capsules en zakjes poeder;
* crème, zalf, pasta en gel;
* siroop, suspensie, emulsie, oplossing voor inwendig en voor uitwendig gebruik (injectabilia en parenteralia worden niet als een oplossing beschouwd).

Volgende regels worden toegepast voor de berekening van de vergoedingsbasis:

i) *Op basis van de buitenlandse verkoopprijs aan publiek,*
indien de prijs per gebruikseenheid van de buitenlandse verpakking, berekend op basis van de verkoopprijs aan het publiek, lager is dan of gelijk is aan de prijs per gebruikseenheid berekend op basis van de verkoopprijs aan publiek van de in België vergoedbare verpakkingsgrootte die het dichtst de buitenlandse verpakkingsgrootte benadert.

ii) *Op basis van de verkoopprijs aan publiek, berekend op basis van de Belgische prijs per gebruikseenheid,*
indien de prijs per gebruikseenheid van de buitenlandse verpakking, berekend op basis van de verkoopprijs aan het publiek, hoger is dan de prijs per gebruikseenheid berekend op basis van de verkoopprijs aan publiek van de Buitenlandse verpakkingsgrootte.

De vergoeding wordt berekend op basis van het percentage van de tenlasteneming volgens de categorieën waarin de specialiteiten zijn geklasseerd; dat percentage wordt toegepast op de betaalde prijs, zonder dat het bedrag dat kan voortvloeien uit de vergoeding voor het identieke of gelijkaardige geneesmiddel gekocht in België, mag worden overschreden.

Op de betaalde factuur van de buitenlandse leverancier moeten de vermeldingen en aanwijzigingen staan waarmee de specialiteit en de verpakking kunnen worden geïdentificeerd. Bij de factuur moet het oorspronkelijk geneeskundig voorschrift of een door de verstrekker voor echt verklaarde kopie worden gevoegd.

C. BIJZONDERHEDEN IN DE GRENSSTREEK

1. Deze principes zijn ook van toepassing op de grensarbeiders en hun gezinsleden, voor verzorging die ten laste valt van de Belgische ziekteverzekering.

De bepalingen van de Verordening (EEG) nr. 1408/71 en van de bilaterale verdragen, die specifiek zijn voor de situatie van de grensarbeider en zijn gezinsleden, blijven evenwel onverminderd van toepassing, wat meebrengt dat de procedure Koll-Decker niet kan worden aangewend voor geneeskundige zorgen verstrekt op het grondgebied van het werkland. Dezelfde redenering zal worden gevolgd voor de gezinsleden van de grensarbeider wanneer zij hetzelfde recht genieten als het recht dat aan de grensarbeider is toegekend.

Dat heeft ook tot gevolg dat de in België ingeschreven verzekerde op grond van een formulier "opening recht" (E. 106 of gelijkgesteld), uitgegeven door een buitenlandse verzekeringsinstelling, die zich doelbewust heeft laten verzorgen in een andere lidstaat van de Europese Economische Ruimte (of Zwitserland) dan die welke het formulier heeft uitgereikt en een beroep doet op de jurisprudentie Kohll-Decker, zijn facturen zal moeten sturen naar de verzekeringsinstelling die het formulier voor het ingaan van het recht heeft uitgegeven, in de gevallen waarin die verzekeringsinstelling bevoegd blijft voor de situaties van verblijf of verplaatsing voor het ontvangen van geplande geneeskundige zorgen, en die de in een dergelijke context ontvangen verstrekkingen direct financieel ten laste moet nemen.

2. In geval van verzoek om de aflevering van een formulier E. 112, kan de toestemming om zich in het buitenland te laten verzorgen evenwel worden verleend, *zonder dat het dossier van de betrokkene enige verantwoording bevat*, maar wel met inachtneming van de voorwaarden betreffende de vermelding van de verpleeginrichting en/of de geneesheer-specialist en de voorziene behandelingsperiode, aan de rechthebbenden:

a) die in de 15 km brede grensstreek wonen en die zich laten opnemen of dialyseren in een inrichting die buiten het nationaal grondgebied ligt, op maximum 25 km van de grens die het vreemde land scheidt van de streek waar de betrokken rechthebbende woont.
De limiet van de grensstreek van 15 km wordt uitgebreid tot de oppervlakte van de Oostkantons (Eupen, Malmedy en Sankt-Vith), tot de kantons Aarlen en Messancy, tot de administratieve arrondissementen Virton en Bastenaken, tot de gemeenten Mellier, Léglise, Ebly, Juseret, Vitry en Anlier, tot de kantons Bouillon, Chimay, Couvin en Gedinne;

b) die in de onder punt a), lid 2, genoemde grensstreken wonen en die een beroep doen op ambulante verzorging, verleend door een geneesheer-specialist voor neuropsychiatrie, of door een geneesheer-specialist voor radio- en radiumtherapie of voor nucleaire geneeskunde, alsmede op de radiologische onderzoeken met een scanner.

…

Omzendbrief V.I. nr. 2008/284 – 80/96, 83/374 van 7 juli 2008.

*
* *

Bijlage

Lijst met de verstrekkingen die niet ten laste kunnen worden genomen zonder een voorafgaande toestemming

1. Verzorging die in medische diensten en in medisch-technische diensten wordt verstrekt zoals bedoeld in artikel 44 van de Wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987:

   - verzorging die in een dienst voor radiotherapie moet worden verstrekt;
   - verzorging die moet worden verstrekt in een dienst waarin een magnetische resonantie tomograaf met ingebouwd telsysteem is geïnstalleerd;
   - verzorging die moet worden verstrekt in een dienst nucleaire geneeskunde waarin een PET-scanner is opgesteld;
   - verzorging die in een centrum voor menselijke erfelijkheid moet worden verstrekt;
   - verzorging die in een centrum voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie moet worden verstrekt;
   - verzorging die in een transplantatiecentrum moet worden verstrekt;
   - verzorging die moet worden verstrekt in een dienst voor medische beeldvorming waarin een transversale axiale tomograaf is opgesteld.

2. Verzorging die in een zorgprogramma wordt verstrekt zoals bedoeld in artikel 9*quater* van de Wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987:

   - het zorgprogramma "reproductieve geneeskunde" zoals omschreven in artikel 2, lid 1, van het Koninklijk besluit van 15 februari 1999 houdende vaststelling van de normen waaraan de zorgprogramma's "reproductieve geneeskunde" moeten voldoen om erkend te worden;
   - de zorgprogramma's "cardiale pathologie B, T en C" zoals omschreven in de hoofdstukken III, VI en VII van het Koninklijk besluit van 15 juli 2004 houdende vaststelling van de normen waaraan de zorgprogramma's "cardiale pathologie" moeten voldoen om erkend te worden.

3. Chirurgische daghospitalisatie

   De verstrekkingen die in de A-lijst zijn opgenomen (RIZIV-codes die voor de identificatie van de verrichte daghospitalisatie worden gebruikt) in de bijlage 3 bij het Koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen.