

RIZIV

Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering

Omzendbrief aan de ziekenhuisapothekers

Dienst voor geneeskundige verzorging

Correspondent: Yoeriska Antonissen

Adviseur

Tel.: 02/739 71 44 Fax: 02/739 77 11

E-Mail: yoeriska.antonissen@riziv.fgov.be

nele.dhaeze@riziv.fgov.be

Brussel,

27-09-2016

Onderwerp: Toepassing van hoofdstuk IV (en IVbis) in ziekenhuismilieu voor de vergoeding van farmaceutische specialiteiten (aangepaste formulering punt 2)

Deze omzendbrief vervangt de omzendbrief N° 82/171 en is van toepassing vanaf 1 augustus 2016.

Voor de geneesmiddelen ingeschreven in hoofdstuk IV (en IVbis) van de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten (d.i. de bijlage I van het koninklijk besluit van 21 december 2001 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), geldt:

1 - Voorafgaande machtigingen:

1. Wanneer specialiteiten voorgeschreven worden aan in het ziekenhuis behandelde patiënten, zowel ter verpleging opgenomen rechthebbenden als niet ter verpleging opgenomen rechthebbenden, en afgeleverd worden door de ziekenhuisapotheker en de betrokken rechthebbende voldoet aan de vergoedingsvoorwaarden die in de lijst zijn voorzien, is de machtiging van de adviserend geneesheer niet vereist, tenzij er in de vergoedingsvoorwaarden specifiek vermeld wordt dat er een voorafgaande machtiging van de adviserend geneesheer vereist is.
2. Als in de vergoedingsvoorwaarden specifiek vermeld wordt dat er een voorafgaande machtiging van de adviserend geneesheer vereist is, is een (nieuwe) machtigingsaanvraag enkel nodig indien de patiënt (nog) niet over een (nog geldige) machtiging beschikt.
3. Wanneer specialiteiten bedoeld in artikel 95, § 3, van het koninklijk besluit van 21 december 2001 (dit zijn de geneesmiddelen waarvoor het ziekenhuisforfait van toepassing is) worden voorgeschreven aan in een ziekenhuis opgenomen patiënten, overeenkomstig de bepalingen van dat artikel, is er een onweerlegbaar vermoeden dat de betrokken rechthebbende voldoet aan de vergoedingsvoorwaarden die in de lijst zijn voorzien, en de machtiging van de adviserend geneesheer is bijgevolg niet vereist.

4. In ziekenhuismilieu verbindt de voorschrijver zich ertoe om in het medisch dossier van de patiënt de bewijsstukken, waarvan sprake in de vergoedingsvoorwaarden die in de lijst zijn voorzien, die aantonen dat de patiënt voldoet aan de vergoedingsvoorwaarden, ter beschikking te houden van de adviserend geneesheer.
5. In afwijking op punt 4: Voor weesgeneesmiddelen met een Collegeprocedure dienen de bewijsstukken steeds ter beschikking gesteld te worden van de adviserend geneesheer, in toepassing van de procedure bedoeld in de artikels artikels 7, 8, 9 van het koninklijk besluit van 8 juli 2004 betreffende de vergoeding van weesgeneesmiddelen.
6. Er moet geen kopie van de machtiging meegestuurd worden met de facturatiebestanden. De verzekeringsinstellingen kunnen controles uitvoeren o.b.v. de databank "Akkoorden" (MyCareNet).
7. Indien na het verblijf in het ziekenhuis een voorafgaande machtiging vereist is voor de verderzetting van de behandeling, en zeker als deze machtiging door een specialist aangevraagd moet worden, verbindt de voorschrijver die de behandeling opstart in ziekenhuismilieu zich ertoe om een voorafgaande machtiging aan te vragen vóór de patiënt ontslagen wordt uit het ziekenhuis.

2 - Aanrekening aan de patiënt van hoofdstuk IV (en IVbis) geneesmiddelen afgeleverd door de ziekenhuisapotheker:

- 1) Als het geneesmiddel ingeschreven is in hoofdstuk IV (of IVbis) van de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten en het betreft :

- a. een gehospitaliseerde patiënt ⁽¹⁾:

"Geforfaitariseerd" geneesmiddel ⁽²⁾ :	Forfait van 0,62 euro/dag
"Niet-geforfaitariseerd" geneesmiddel:	
- de patiënt voldoet aan de terugbetalingsvoorwaarden gepreciseerd in de paragraaftekst:	Forfait van 0,62 euro/dag
- de patiënt voldoet niet aan de terugbetalingsvoorwaarden gepreciseerd in de paragraaftekst:	Zie punt b.

- b. een niet gehospitaliseerde patiënt ⁽³⁾:

De patiënt voldoet aan de terugbetalingsvoorwaarden gepreciseerd in de paragraaftekst:	Derdebetalersregeling is van toepassing ⁽⁴⁾
De patiënt niet voldoet aan de terugbetalingsvoorwaarden gepreciseerd in de paragraaftekst:	Derdebetalersregeling is niet van toepassing: <ul style="list-style-type: none"> • Een motivering ⁽⁵⁾ is nodig in geval van facturering aan de patiënt. • De patiënt moet niettemin duidelijk geïnformeerd worden over de kosten die het ziekenhuis hem/haar kan aanrekenen. • Zonder motivering: 100% ten laste van het ziekenhuis

(1) voor wie de "***" tarieven gebruikt moeten worden

(2) het forfaitair systeem is enkel van toepassing voor gehospitaliseerde patiënten

(3) voor wie de "*" tarieven gebruikt moeten worden

(4) conform de vergoedingsmodaliteiten gepreciseerd in de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten

(5) deze motivering bestaat uit een mededeling aan de adviserend geneesheer van de indicatie waarvoor de specialiteit voorgeschreven werd (de voorschrijver verbindt zich ertoe om, in het medisch dossier van de patiënt, de bewijsstukken ter beschikking te houden van de adviserend geneesheer); deze mededeling gebeurt ten laatste bij de facturering

- 2) Als het geneesmiddel niet ingeschreven is in de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten, kan het geneesmiddel 100% ten laste van de patiënt aangerekend worden. De patiënt moet niettemin duidelijk geïnformeerd worden over de kosten die het ziekenhuis hem/haar kan aanrekenen.
- 3) Indien naar aanleiding van een controle door de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling van de facturering aan derdebetalersregeling aan de verzekeringsinstelling blijkt dat de patiënt niet voldeed aan de vergoedingsvoorwaarden van hoofdstuk IV, is een correctie van de patiëntenfactuur waarbij het bedrag dat door de verzekeringsinstelling verworpen werd aan de patiënt aangerekend wordt, niet toegelaten^(*).

(*) op basis van de bepalingen van artikel 8, § 2 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt

3 - Praktische aanbevelingen:

1. Een project om de raadpleging van de databank "Akkoorden" (MyCareNet) door de ziekenhuisapotheker mogelijk te maken werd opgestart (deadline: januari 2017). In afwachting hiervan moet de ziekenhuisapotheker, indien een voorafgaande machtiging vereist is (zie het punt "1 - voorafgaande machtigingen"), beschikken over een kopie van de machtiging om correct te kunnen factureren.
2. Procedure voor het aanvragen van een voorafgaande machtiging:

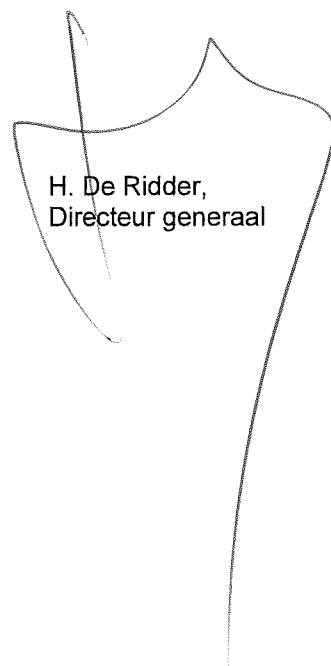
	Wanneer?/Hoe?
Geneesmiddel ("niet-geforfaitariseerd") wordt gebruikt voor een indicatie waarvoor een verplichte voorafgaande machtiging van toepassing is	Een voorafgaande machtiging is nodig Een aanvraag is enkel nodig indien de patiënt (nog) niet over een (nog geldige) machtiging beschikt
<ul style="list-style-type: none">• verplichte elektronische aanvraagprocedure	- aanvraag m.b.v. CIVARS of softwarepakket (*) - reumatoïde artritis: aanvraag m.b.v. TARDIS
<ul style="list-style-type: none">• geen verplichte elektronische aanvraagprocedure	- aanvraag op papier - of (aan te bevelen) m.b.v. CIVARS of softwarepakket (*)

(*) voordeel van het gebruik van de elektronische procedure: veel sneller zekerheid over de terugbetaling voor voorschrijver, patiënt en (ziekenhuis)apotheker

De software van de voorschrijver laat de voorschrijver toe om na te gaan of de patiënt over een machtiging beschikt voor een geneesmiddel.

3. In uitvoering van het punt 4.2.9. van het nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen 2016 – 2017, zal een werkgroep van het Verzekeringscomité, samengesteld uit vertegenwoordigers van alle betrokken actoren, de voorstellen tot verdere administratieve vereenvoudiging op langere termijn verder uitwerken.

De Leidend ambtenaar,



H. De Ridder,
Directeur generaal