
De Geneesheer-Specialist

Orgaan van het Verbond der Belgische
Beroepsverenigingen van
Geneesheren Specialisten

Verantwoordelijke uitgever : Dr M. MOENS
Redactiesecretariaat : J. Van den Nieuwenhof
Kroonlaan 20 - 1050 Brussel
Tel. 02-649.21.47 - Fax : 02-649.26.90
E-mail : info@VBS-GBS.org

ISSN 0770-8130 - MAANDBLAD

Speciaalnummer / NOVEMBER 2002

Afgifte Kantoor : BRUSSEL 5

HONORARIUMTARIEVEN BIJ OPGENOMEN PATIËNTEN

Bij KB van 29.09.2002 (B.S. van 29.10.2002) worden met ingang van 1.12.2002 de nieuwe wettelijke bepalingen inzake de honorariumtarieven m.b.t. de in een ziekenhuis opgenomen patiënten in werking gebracht. Of, met andere woorden: het nieuwe artikel 138 van de ziekenhuiswet (art 109 van de wet van 14.01.2002, houdende bepalingen inzake de gezondheidszorg) treedt in voege. Bondig samengevat zegt dit artikel dat voortaan ereloonsupplementen moeten berusten op een duidelijke regeling, opgenomen in het Algemeen reglement van de rechtsverhoudingen (ARRV) zoals bedoeld in art 130 van de gecoördineerde ziekenhuiswet, waarin de maximumtarieven die kunnen aangerekend worden door de ziekenhuisartsen worden bepaald. De aldus vastgelegde regeling kan niet onmiddellijk toegepast worden. De ziekenhuisbeheerder dient ze eerst mede te delen aan de Nationale paritaire commissie geneesheren - ziekenhuizen (NPCGZ) en aan de Dienst geneeskundige verzorging van het RIZIV (ten behoeve van de Verzekeringsinstellingen).

Belangrijkste kenmerken van dit nieuwe wettelijk kader.

1. Het nieuwe artikel 138 was reeds ingevoegd in de ziekenhuiswet via de wet van 14.01.2002 (de zgn. "eerste gezondheidswet"; B.S. van 22.02.2002), doch wachtte nog op een datum van in voege treding die bij KB moest bepaald worden (wat dus nu gebeurde met het KB van 29.09.2002). Dezelfde wet voorziet echter ook een overgangsbepaling voor wat de bestaande supplementenregeling betreft, nl. art. 114: zolang de nieuwe ARRV - bepalingen niet van toepassing zijn, kunnen de niet-verbonden artsen alleen de supplementen aanrekenen die tot nog toe werden medegedeeld aan de patiënten met toepassing van het KB van 3.10.1991.

Deze overgangsbepaling houdt echter op te bestaan twee jaar na haar datum van invoegetreding (22.02.2002), m.a.w. op 22 februari 2004. De ziekenhuisartsen hebben er dus alle belang bij dat een duidelijke tarievenregeling en vooral de bepaling van de maximumtarieven die kunnen aangerekend worden, zoals voorzien in het nieuwe artikel 138, wordt opgenomen in de ARRV (liefst met uitdrukkelijke verwijzing naar voormeld artikel 138).

2. Een belangrijk element is uiteraard dat de ARRV op initiatief van de ziekenhuisbeheerder wordt opgesteld, en dat de mededeling van de maximumtarieven aan de NPCGZ en aan het RIZIV ook door de beheerder moet gebeuren. Deze laatste kan echter geen misbruik maken van deze wettelijke taak. Zo kan hij bvb. niet verhinderen dat niet - verbonden artsen supplementen kunnen vragen, door bvb. te weigeren maximumtarieven op te nemen in de ARRV of dergelijke regeling mede te delen aan voormelde instanties. Immers het recht supplementen aan te rekenen wordt, zowel in de situatie van een lopend akkoord artsen - ziekenfondsen, als bij gebreke daarvan,

uitdrukkelijk door de wet toegekend, met uitzondering voor de specifieke bij KB bepaalde categorieën van patiënten (zie verder).

In feite heeft de wet het overleg artsen - ziekenhuizen aangewezen als een regulerings-mechanisme dat parallel loopt met dat van de akkoorden artsen – ziekenfondsen. Het ligt voor de hand dat hierbij aansluitend best regionale of minstens indicatieve tariefpatronen worden ontwikkeld via gepaste overlegstructuren. De mededelingsplicht aan de NPCGZ beoogt uiteraard dat zich ook in deze instantie een regulerend proces voltrekt. Eventuele lokale geschillen m.b.t. de uit te werken regeling in het kader van de ARRIV kunnen trouwens aan het Vast Bemiddelingsbureau van de NPCGZ voorgelegd worden.

3. Het nieuwe artikel 138 voorziet in zijn §5 dat bij KB de categorieën van patiënten worden bepaald voor dewelke de niet – verbonden artsen nooit supplementen mogen aanrekenen t.o.v.:

- de conventietarieven, als een akkoord artsen - ziekenfondsen in voege is;
- de tarieven die als berekeningsbasis dienen voor de verzekeringstussenkomst, als er geen akkoord in voege is.

Toch kan dit een probleem stellen in de (weliswaar zeldzame) hypothese wanneer een patiënt die tot een van deze categorieën behoort, toch bijzondere eisen stelt. Als dit gebeurt in het kader van een geldend akkoord artsen - ziekenfondsen, zijn uiteraard de bepalingen van dat akkoord toepasselijk. Als er echter geen akkoord in voege is, zou dat niet kunnen.

Voormelde categorieën van patiënten werden inmiddels bepaald bij KB van 29.09.2002 (BS 29.10.2002 – zie bijlagen).

4. Het akkoordensysteem artsen – ziekenfondsen speelt een belangrijke rol in de nieuwe regeling van art 138 van de ziekenhuiswet (zie verder: integrale tekst van art 138). De bepalingen op te nemen in de ARRIV zullen haast onvermijdelijk verschillend moeten zijn, naargelang er al dan niet een akkoord in voege is.

Belangrijk is dat de overgangsbepalingen m.b.t. de nu bestaande honorariumsupplementen (cfr supra: art 114 van de wet van 14.01.2002) alleen van toepassing zijn als er een akkoord artsen - ziekenfondsen in voege is, vermits hierin uitsluitend wordt verwezen naar de situatie van art 138 §2. Indien er bijgevolg tijdens de overgangperiode (die loopt tot februari 2004) op een bepaald ogenblik geen conventie in voege zou zijn, dienen de eventuele supplementen aangerekend door de artsen te berusten op specifieke bepalingen van de ARRIV die, zoals voorgeschreven door art 138, werden medegedeeld aan de NPCGZ en het RIZIV. Het is dan ook aangewezen mogelijke problemen te voorkomen door tijdig een passende en conforme regeling in de ARRIV te voorzien.

5. Uiteraard heeft het bestaan van een akkoord ook tot gevolg dat een inkomensgrens wordt gesteld voor de rechthebbende, boven dewelke de verbintenistarieven niet van toepassing zijn. Dit gegeven is volledig verenigbaar met de bepalingen van artikel 138 van de ziekenhuiswet, alhoewel dit laatste daarover niets zegt. Niets verhindert in de ARRIV een regeling te voorzien waarbij ook in geval er geen akkoord in voege is, de maximumtarieven worden gedifferentieerd naargelang voormelde inkomensgrens (bvb. van het laatste geldend akkoord) al dan niet wordt overschreden.

Voor verstrekkingen die niet (of niet meer) in de nomenclatuur zijn opgenomen, bepalen zowel de verbonden als niet-verbonden artsen vrij hun honorarium. Niets verhindert echter in de ARRIV de maximumtarieven voor deze verstrekkingen te differentiëren naargelang er een akkoord al dan niet in voege is, naargelang de (sociale) categorie tot dewelke de patiënt behoort, en/of naargelang de rechthebbende zich boven of onder de hoger vermelde inkomensgrens situeert.

6. Artikel 138 doet echter een grotere onduidelijkheid ontstaan op het vlak van de precieze modaliteiten volgens dewelke de individuele arts is toegetreden tot de conventie (gedeeltelijk geconventioneerde geneesheer). Immers, de wettelijke regeling maakt uitsluitend een onderscheid tussen verbonden en niet-verbonden artsen, als er een akkoord in voege is. Kan een gedeeltelijk verbonden arts een supplement aanrekenen bij een patiënt opgenomen in een twee- of meerpersoonskamer als de zorgen worden verleend buiten de voorwaarden van tijd en plaats van

de individuele toetreding van de arts? Klaarblijkelijk niet. Hieruit kan men alleen maar afleiden dat gedeeltelijk niet-geconventioneerde situaties in de toekomst hoofdzakelijk betrekking kunnen hebben op zorg aan ambulante patiënten. Wel is het bvb. denkbaar dat een ziekenhuisarts een niet-geconventioneerde activiteitsgedeelte zou voorbehouden aan patiënten die om persoonlijke redenen zijn opgenomen in een éénpersoonskamer.

7. Het begrip "patiënten opgenomen in tweepatiëntenkamers of in gemeenschappelijke kamers" wordt duidelijk geherdefinieerd. Naast de klassieke opnames en dagziekenhuis, in twee- of meer persoonskamers, worden met dit begrip "geassimileerd", de patiënten opgenomen in een éénpersoonskamer (het nieuwe art. 90 §2 van de gecoördineerde ziekenhuiswet):

"a) wanneer de gezondheidstoestand van de patiënt of de technische voorwaarden van onderzoek, van behandeling of van toezicht, het verblijf in een individuele kamer vereisen;

b) wanneer de noodwendigheden van de dienst of het niet beschikken over onbezette bedden in tweepatiëntenkamers of in gemeenschappelijke kamers, het verblijf in een individuele kamer vereisen;

c) wanneer de opname geschiedt op een eenheid voor intensieve zorg of voor spoedgevallenzorg, buiten de wil van de patiënt en voor de duur van het verblijf in dergelijke eenheid.

Voor het verblijf in een tweepatiëntenkamer mag geen supplement worden aangerekend wanneer het niet beschikken over onbezette bedden in gemeenschappelijke kamers, dit verblijf vereist, alsmede in de gevallen bedoeld in het eerste lid, c)."

Verder voorziet art 138 §1, laatste lid een gelijkaardige "assimilatie" voor patiënten in daghospitalisatie die zijn opgenomen in tweepatiëntenkamers of gemeenschappelijke kamers, voor een lijst van verstrekkingen die bij KB dient te worden bepaald. Dit gebeurde inmiddels via het KB van 29.09.2002 (BS 29.10.2002), waarvan de bijlage de lijst bevat van enerzijds de verstrekkingen van chirurgische daghospitalisatie en anderzijds van oncologische daghospitalisatie, waarop deze bepaling van toepassing is.

8. Verder heeft de Minister nog een KB in voorbereiding, in uitvoering van het nieuwe artikel 91 van de gecoördineerde ziekenhuiswet, betreffende de voorafgaande mededeling van de aard van de bedragen ten laste van de patiënt en o.m. de supplementen bedoeld in art 138, de modaliteiten inzake de mededeling van die bedragen zelf aan de patiënt, en de voorlegging ter ondertekening aan de patiënt van een document waarin deze bedragen worden vermeld.

Mede onder invloed van de Wet op de patiëntenrechten wordt hier aangestuurd op praktisch onrealiseerbare verplichtingen waaraan moet voldaan worden "uiterlijk bij de aanvang van de opname". Zo werd, in een KB- ontwerp, onder redactie van de kabinetten van de ministers VANDENBROUCKE en TAVERNIER, naast de lijst van de verbonden en niet-verbonden geneesheren, met vermelding van de door hen aangerekende supplementen op het "wettelijk ereloon", ook een prijslijst voorzien, met vermelding van de forfaits voor geneesmiddelen, technische prestaties, medische beeldvorming en klinische biologie en de "geldende transport-, hotel- en rouwkosten", evenals een lijst van de medische verbruiksgoederen, met vermelding van de bedragen die hiervoor worden aangerekend. Zowel de Nationale paritaire commissie geneesheren ziekenhuizen (NPCGZ) als de Nationale raad voor ziekenhuisvoorzieningen (NRZV), die hierover verzocht werden advies uit te brengen, hebben dit ontwerp met eenparigheid van stemmen afgewezen als volkomen onuitvoerbaar. Enerzijds omdat de informatie die het ziekenhuis verondersteld wordt te leveren zo gigantisch is dat de patiënt er zijn schaduw niet in terugvindt, en anderzijds omdat zoiets een fenomenale bijkomende personeelslast zou veroorzaken. Inmiddels werd een bijzondere, gemengde werkgroep van de NRZV en de NPCGZ belast met de opdracht te zoeken naar praktische oplossingen. Op het eerste zich blijkt de enige mogelijkheid om aan de ondoorzichtigheid van de enorme massa aan gegevens enigszins te verhelpen, erin te bestaan in alle ziekenhuizen interactieve elektronische "informatie - automaten" aan te brengen, waar de patiënt (of zijn "vertegenwoordiger") de gezochte informatie kan opvragen naarmate zijn diagnose

–en/of behandeling evolueert. Een vermoedelijk zware technische investering waarvoor dan ook de gepaste financiering zal moeten worden voorzien. Patiëntenrechten hebben een prijskaartje waarvan de hoegrootheid nog lang niet geraamd kan worden.

9. Tenslotte nog even uw aandacht voor mogelijke sancties in geval van overtreding van de maximumtarieven. Men herinnert zich dat art. 50 §11 van de gecoördineerde G.V.U.- wet van 14.07.1994 de mogelijkheid voorziet om bij KB van overheidswege maximumhonoraria op te leggen wanneer bij het verstrijken van een akkoord artsen-ziekenfondsen, geen nieuw akkoord in voege treedt, en wel hetzij in alle streken van het land, hetzij voor bepaalde streken, voor alle of voor bepaalde verstrekkingen, en voor alle of voor bepaalde rechthebbenden. Welnu, artikel 13 van de wet van 22.08.2002 (de “tweede” gezondheidswet – BS 10.09.2002) legt sancties op aan de artsen die in de situatie van voormeld art 50 §11 afwijken van de bij KB bepaalde maximumtarieven. Voormelde G.V.U. -sanctie, bestaat uit een administratieve boete van drie maal het bedrag van de overschrijding, met een minimum van 125 euro. Ze is eveneens toepasselijk wanneer de verbonden geneesheer de honoraria en prijzen van de conventie overschrijdt. Een zware straf dus.

Hierna nemen wij nog de volledige tekst van artikel 138 over evenals een beknopt schema van honoraria-regeling zoals die in het kader van art 138 moet ondergebracht worden in de ARR.V. Dit beknopt schema is tevens het voorwerp van een enquête waaraan wij de Medische Raden vragen hun medewerking te willen verlenen. Met oprechte dank bij voorbaat.

De bepalingen van het nieuwe artikel 138 (Wet van 14 januari 2002 houdende maatregelen inzake gezondheidszorg – B.S. d.d. 2002-02-22)

[...]

Art. 109. Artikel 138 van dezelfde wet, gewijzigd bij de wet van 22 februari 1998, wordt vervangen door de volgende bepaling :

« Art. 138. § 1. Indien er een akkoord, zoals bedoeld in artikel 50 van de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, van kracht is, moeten de verbonden ziekenhuisgeneesheren de verbintentarieven naleven voor de patiënten opgenomen in tweepatiëntenkamers of in gemeenschappelijke kamers.

Worden gelijkgesteld met de patiënten opgenomen in tweepatiëntenkamers of in gemeenschappelijke kamers, deze die beantwoorden aan één van de voorwaarden, bedoeld in artikel 90, § 2.

Het eerste en tweede lid zijn eveneens van toepassing ten aanzien van de patiënten in daghospitalisatie die zijn opgenomen in tweepatiëntenkamers of gemeenschappelijke kamers, voor de verstrekkingen omschreven door de Koning.

§ 2. In het geval bedoeld in § 1, delen de ziekenhuisgeneesheren die niet verbonden zijn in de zin van § 1, dit mede aan de beheerder die daarvan kennis geeft aan de Medische Raad en aan de verzekeringsinstellingen.

De in het eerste lid bedoelde geneesheren, kunnen, onverminderd § 5, eerste lid, ten aanzien van de in § 1, eerste en tweede lid, bedoelde patiënten tarieven aanrekenen die afwijken van de verbintentarieven, voor zover terzake in de algemene regeling, bedoeld in artikel 130, maximumtarieven zijn vastgesteld, en deze door de betrokken geneesheren worden nageleefd. Dit onderdeel van de algemene regeling dient voor de toepassing ervan, door de beheerder aan de Paritaire Commissie Geneesheren-Ziekenhuizen en, via het Rijksinstituut voor Ziekte en Invaliditeitsverzekering, aan de verzekeringsinstellingen te worden medegedeeld.

Het tweede lid is eveneens van toepassing op de patiënten in daghospitalisatie, voor de verstrekkingen zoals omschreven door de Koning.

§ 3. De beheerder en de Medische Raad waarborgen dat alle in § 1 bedoelde patiënten tegen verbintenistarieven kunnen worden verzorgd. De beheerder neemt, na overleg met de Medische Raad, daartoe de nodige initiatieven en geeft daarvan kennis aan de Medische Raad.

De Koning kan modaliteiten bepalen voor de toepassing van het eerste lid.

§ 4. Indien er geen akkoord, zoals bedoeld in artikel van 50 van voornoemde wet van 14 juli 1994, van kracht is, kunnen de geneesheren, onverminderd § 5, tweede lid, ten aanzien van de in § 1, eerste en tweede lid, bedoelde patiënten tarieven aanrekenen die afwijken van de tarieven die als grondslag dienen voor de berekening van de verzekeringstegemoetkoming, voor zover terzake overeenkomstig de in § 2, tweede lid, bedoelde regelen, de maximumtarieven zijn vastgesteld en deze door de geneesheren worden nageleefd. Dit onderdeel van de algemene regeling dient voor de toepassing ervan, door de beheerder aan de Paritaire Commissie Geneesheren-Ziekenhuizen en, via het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, aan de verzekeringsinstellingen te worden medegedeeld.

Het eerste lid is eveneens van toepassing op patiënten in daghospitalisatie voor de verstrekkingen, zoals omschreven door de Koning.

§ 5. De Koning bepaalt de categorieën van patiënten ten aanzien van dewelke de in § 2, bedoelde geneesheren geen tarieven mogen aanrekenen die afwijken van de verbintenistarieven.

Ten aanzien van de in het eerste lid bedoelde patiënten vormen, in het geval er geen akkoord van kracht is, zoals bedoeld in § 4, de tarieven die als grondslag dienen voor de berekening van de verzekeringstegemoetkoming, de maximumtarieven die door de geneesheren kunnen worden aangerekend. »

[...]

Art. 114 (overgangsbepalingen – tot 22.2.2004). *Zolang de tarieven bedoeld in artikel 138, § 2, tweede lid, van voornoemde gecoördineerde wet, niet kunnen worden aangerekend op grond van het feit dat deze nog niet zijn vastgesteld overeenkomstig de in hetzelfde artikel 138, § 2, tweede lid, bedoelde regelen, mogen enkel deze supplementen worden aangerekend, welke op de datum van inwerkingtreding van deze wet zijn meegedeeld aan de patiënten met toepassing van het koninklijk besluit van 3 oktober 1991 tot bepaling van de nadere regelen inzake de mededeling aan de patiënten van de supplementen die ten opzichte van de verbintenistarieven worden aangerekend alsmede ieder ander supplement.*

Bijlage 1. KB van 29.09.2002 (BS 29.10.2002) tot uitvoering van artikel 90 §1, derde lid van de wet op de ziekenhuizen

Artikel 1. Het maximum van het bedrag van het supplement dat bij toepassing van artikel 90 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, voor het verblijf in een ziekenhuis mag worden aangerekend, bedraagt voor het verblijf in een tweepatiëntenkamer 18,95 euro op 1 februari 2002.

Art. 2. Het bedrag bedoeld in artikel 1 worden geïndexeerd overeenkomstig de wet van 2 augustus 1971 houdende inrichting van een stelsel waarbij de wedden, lonen, pensioenen, toelagen en tegemoetkomingen ten laste van de Openbare Schatkist, sommige sociale uitkeringen, de bezoldigingsgrenzen waarmee rekening dient gehouden bij de berekening van sommige bijdragen van de sociale zekerheid der arbeiders, alsmede de verplichtingen op sociaal gebied opgelegd aan de zelfstandigen, aan het indexcijfer van de consumptieprijzen wordt gekoppeld.

Art. 3. De bepalingen van artikel 90, §§ 1 en 2, van voornoemde wet, zijn van toepassing voor de verstrekkingen in daghospitalisatie, van zodra deze gepaard gaan met de toepassing van artikel 87 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987 of met een dagforfait zoals bedoeld in de geldende overeenkomst bij toepassing van artikel 46 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Art. 4. Het koninklijk besluit van 22 december 1966 tot vaststelling voor de ziekenhuizen, in uitvoering van artikel 8, § 1, lid 4, van de wet van 23 december 1963, van het maximum van het supplement boven de normale prijs van de verpleegdag, wordt opgeheven.

Art. 5. Artikel 84 van de wet van 14 januari 2002 houdende maatregelen inzake gezondheidszorg treedt in werking op de datum van de inwerkingtreding van dit besluit.

Art. 6. Dit besluit treedt in werking de eerste dag van de tweede maand die volgt op de bekendmaking van dit besluit in het Belgisch Staatsblad .

Art. 7. Onze Minister van Volksgezondheid en Onze Minister van Sociale Zaken zijn, ieder wat hem betreft, belast met de uitvoering van dit besluit.

Bijlage 2. KB van 29.09.2002 (BS 29.10.2002) tot uitvoering van artikel 138 van de wet op de ziekenhuizen + Bijlage "verstrekkingen uitgevoerd in daghospitalisatie"

Artikel 1. Artikel 138 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, vervangen bij de wet van 14 januari 2002, is van toepassing op de patiënten in daghospitalisatie voor de verstrekkingen, bedoeld in het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, welke zijn omschreven in de bijlage van dit besluit.

Art. 2. Indien er een akkoord, zoals bedoeld in artikel 50 van de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, van kracht is, mogen de geneesheren die hierdoor niet verbonden zijn, bij toepassing van artikel 138, § 5, van dezelfde wet, gecoördineerd op 7 augustus 1987, geen tarieven aanrekenen die afwijken van de verbintenistarieven, ten aanzien van de hiernavolgende categorieën van patiënten die zijn opgenomen in tweepatiëntenkamers of in gemeenschappelijke kamers :

1° de rechthebbenden bedoeld in artikel 2 van het koninklijk besluit van 3 november 1993 tot uitvoering van artikel 37 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

2° de rechthebbenden bedoeld in de artikelen 34, 14° van voornoemde wet, gecoördineerd op 14 juli 1994;

3° de rechthebbenden bedoeld in artikel 37, § 16bis van de voornoemde wet, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Aan de voorwaarden, bedoeld in het eerste lid, dient te worden voldaan het jaar waarin de opname plaatsvindt of het jaar vóór de opname.

In het geval er geen akkoord van kracht is, zoals bedoeld in het eerste lid, vormen de tarieven die als grondslag dienen voor de berekening van de verzekeringstegemoetkoming, de maximumtarieven die door

geneesheren mogen worden aangerekend ten aanzien van de in het eerste lid bedoelde categorieën van patiënten.

Art. 3. Artikel 109 van de wet op de wet van 14 januari 2002 houdende maatregelen in de gezondheidszorg treedt in werking op de datum van de inwerkingtreding van dit besluit.

Art. 4. Dit besluit treedt in werking de eerste dag van de tweede maand die volgt op de bekendmaking van dit besluit.

Art. 5. Onze Minister van Volksgezondheid en Onze Minister van Sociale Zaken zijn, ieder wat hem betreft, belast met de uitvoering van dit besluit.

BIJLAGE : Verstrekkingen uitgevoerd in daghospitalisatie

Zie onze website <http://www.VBS-GBS.org>

Bijlage 3. Bepaling van de categorieën van patiënten die aanspraak kunnen maken op verzorging zonder supplement (Art. 2. K.B. 29.9.2002 – B.S. 29.10.2002)

1° de rechthebbenden bedoeld in artikel 2 van het koninklijk besluit van 3 november 1993 tot uitvoering van artikel 37 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

1° de rechthebbenden die hetzij recht hebben op een gewaarborgd inkomen met toepassing van de wet van 1 april 1969 tot instelling van een gewaarborgd inkomen voor bejaarden of met toepassing van artikel 21, § 2, van dezelfde wet recht behouden op rentebijslag, hetzij recht hebben op een bestaansminimum met toepassing van de wet van 7 augustus 1974 tot instelling van het recht op een bestaansminimum alsmede de personen die te hunnen laste zijn;

2° [de rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming van de verzekering die zijn bedoeld in artikel 37, §§ 1 en 19, van de bovenvermelde gecoördineerde wet en de personen die te hunnen laste zijn;]

3° de [rechthebbenden] die een van de in de wet van 27 februari 1987 betreffende de tegemoetkomingen aan gehandicapten bedoelde tegemoetkomingen toegekend krijgen en de personen die te hunnen laste zijn;

4° de gerechtigden die voor het toepassen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecontroleerde werklozen zijn die sedert ten minste zes maanden de hoedanigheid van volledig werkloze hebben als bedoeld in de reglementering betreffende de werkloosheid en de personen die te hunnen laste zijn. Deze bepaling betreft enkel de werklozen die in de zin van laatstgenoemde reglementering, de hoedanigheid hebben van werknemer met gezinslast of van alleenstaande.

[5° de rechthebbenden aan wie een openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn steun verleent die geheel of gedeeltelijk door de federale staat ten laste wordt genomen op grond van de artikelen 4 en 5 van de wet van 2 april 1965 betreffende het ten laste nemen van de steun, verleend door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn, en de personen te hunnen laste;]

[6° de rechthebbenden op verhoogde kinderbijslag overeenkomstig artikel 47, § 1, van de gecoördineerde wetten betreffende de kinderbijslag voor loonarbeiders of overeenkomstig artikel 20 van het koninklijk besluit van 8 april houdende regeling van de gezinsbijlagen ten voordele van de zelfstandigen en van de personen die te hunne laste zijn.]

De rechthebbenden moeten zich uiterlijk op 1 oktober van het referentiejaar in een van de onder 1° tot 4° bedoelde situaties bevinden.

2° De rechthebbende bedoeld in art. 34, 14° van de gecoördineerde wet van 14/07/1994

14° [de materialen en de verzorgingsproducten voor de verzorging ten huize van rechthebbenden die lijden aan een zware aandoening] [of van rechthebbenden die palliatieve verzorging ten huize behoeven;]

3° De rechthebbende bedoeld in art. 37 § 16 bis van de gecoördineerde wet van 14/07/1994

16bis [De Koning kan, bij in Ministerraad overlegd besluit, onder de voorwaarden die Hij bepaalt:

1° het persoonlijk aandeel betreffende de geneeskundige verstrekkingen die worden verleend aan rechthebbenden met een chronische ziekte, volledig of gedeeltelijk afschaffen;

2° een forfaitaire toelage, waarvan Hij het bedrag bepaalt, instellen ten behoeve van voornoemde rechthebbenden als bijkomende tegemoetkoming in hun uitgaven voor geneeskundige verzorging.

Koninklijk besluit tot uitvoering van artikel 37, § 16bis, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (B.S., 9 juni 1998)

Een in artikel 32 of 33 van de wet bedoelde rechthebbende wordt voor een bepaald kalenderjaar als een rechthebbende met een chronische ziekte beschouwd als hij voldoet aan de volgende twee voorwaarden:

1) het totaal van de persoonlijke aandelen die door hem daadwerkelijk ten laste zijn genomen voor verstrekkingen die tijdens het betrokken kalenderjaar en tijdens het kalenderjaar daarvoor zijn uitgevoerd, bereikt tienduizend frank per jaar;

2) in de loop van het betrokken kalenderjaar bevindt hij zich in één van de volgende situaties:

a) voor een tijdvak van ten minste drie maanden heeft hij de instemming van de adviserend geneesheer voor een behandeling met verpleegkundige verzorging die aanleiding geeft tot de betaling van de forfaitaire honoraria, de zogenaamde forfaits B, bedoeld in artikel 8, § 1, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen; de periode tijdens welke hij zich bevindt in de situatie, bedoeld onder punt b) hierna, wordt eveneens in aanmerking genomen voor het vaststellen van het tijdvak van drie maanden;

b) voor een tijdvak van ten minste drie maanden heeft hij de instemming van de adviserend geneesheer voor een behandeling met verpleegkundige verzorging die aanleiding geeft tot de betaling van de forfaitaire honoraria, de zogenaamde forfaits C, bedoeld in artikel 8, § 1, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen; de periode tijdens welke hij zich bevindt in de situatie, bedoeld onder punt a) hiervoren, wordt eveneens in aanmerking genomen voor het vaststellen van het tijdvak van drie maanden;

c) voor een tijdvak van ten minste zes maanden heeft hij de instemming van de adviserend geneesheer voor een behandeling met kinesitherapiebehandeling, bedoeld in artikel 7, § 1, E, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen of een fysiotherapiebehandeling, bedoeld in artikel 22, II, van die nomenclatuur, die de vermindering van het persoonlijk aandeel mogelijk maakt die voortvloeit uit artikel 7, derde lid, c, van het koninklijk besluit van 23 maart 1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen;

d) hij geniet verhoogde kinderbijslag overeenkomstig artikel 47, § 1, van de gecoördineerde wetten betreffende de kinderbijslag voor loonarbeiders of overeenkomstig artikel 20 van het koninklijk besluit van 8 april 1976 houdende regeling van de gezinsbijslag ten voordele van de zelfstandigen;

e) hij voldoet aan de voorwaarden die de toekenning van de integratietegemoetkoming in de categorie III of IV, bedoeld in artikel 5 van het koninklijk besluit van 6 juli 1987 betreffende de inkomensvervangende en de integratietegemoetkoming. De Minister kan de modaliteiten vaststellen op grond waarvan de personen in aanmerking kunnen worden genomen die niet voldoen aan de door het voormeld koninklijk besluit opgelegde inkomensvoorwaarden maar wel aan de voorwaarden inzake afhankelijkheid;

f) hij voldoet aan de voorwaarden die de toekenning van de tegemoetkoming voor de hulp aan bejaarden [in de categorie III, IV of V], bedoeld in artikel 3 van het koninklijk besluit van 5 maart 1990 betreffende de tegemoetkoming voor de hulp aan bejaarden. De Minister kan de modaliteiten vaststellen op grond waarvan de personen in aanmerking kunnen worden genomen die niet voldoen aan de door het voormeld koninklijk besluit opgelegde inkomensvoorwaarden maar wel aan de voorwaarden inzake afhankelijkheid;

g) hij geniet een tegemoetkoming voor hulp van derden, toegekend op basis van de wet van 27 juni 1969 betreffende het toekennen van tegemoetkomingen aan de mindervaliden;

h) hij geniet een uitkering wegens primaire ongeschiktheid of wegens invaliditeit, toegekend aan de gerechtigde die wegens de behoefte aan andermans hulp, als iemand met een persoon ten laste wordt beschouwd met toepassing van [artikel 225, § 1, 6°], 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, en van artikel 12 van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 houdende instelling van een verzekering tegen arbeidsongeschiktheid ten voordele van de zelfstandigen;

i) hij geniet een forfaitaire tegemoetkoming voor andermans hulp, bedoeld in artikel 215bis van het voornoemd koninklijk besluit van 3 juli 1996 en in artikel 12ter van het voornoemd koninklijk besluit van 20 juli 1971;

[j) hij werd opgenomen in een ziekenhuis voor een totale duur van tenminste 120 dagen, bereikt in een referteperiode die bestaat uit het betrokken kalenderjaar en het voorafgaande kalenderjaar vermeld in punt 1) van dit artikel, of hij is tenminste zes maal opgenomen geweest in een ziekenhuis gedurende dezelfde referteperiode; in de hiervoor vermelde, laatstgenoemde hypothese worden eveneens in aanmerking genomen de dagen waarvoor de bedragen werden toegekend, bepaald in artikel 4, §§ 4, 5 of 6 van de Nationale overeenkomst van 24 januari 1996 tussen de verplegingsinrichtingen en de verzekeringsinstellingen, en de dagen, waarvoor een verzekeringstegemoetkoming werd toegekend in de kosten voor hemodialyse en peritoneale dialyse thuis of in de kosten voor dialyse in een dienst voor collectieve autodialyse, zoals omschreven in artikel 9undecies van het koninklijk besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.]

Bijlage 4. ENQUETE tarievenregeling ziekenhuizen

Enquête betreffende de tariefregeling te voorzien in de Algemene Regeling van de rechtsverhoudingen (ARRV)

(Terug te sturen naar het VBS, Kroonlaan 20 1050 Brussel
- of fax 02/649.26.90 – of <mailto:info@vbs-gbs.org>)

Hierna (zie p.10) hebben wij een beknopte tarievenregeling bedacht die aansluit bij de nieuwe bepalingen van de nieuwe versie van artikel 138 van de gecoördineerde ziekenhuiswet. Dit schema kan eventueel dienen als leidraad voor de bepalingen die in uw ziekenhuis in de ARRV moeten opgenomen worden betreffende de eventuele supplementen die kunnen worden aangerekend bij opgenomen en in daghospitaal behandelde patiënten.

Anderzijds willen wij u ook de nodige informatie verstrekken betreffende de tariefssystemen die in de andere ziekenhuizen worden of zouden worden toegepast. Daarom vragen wij de Medische Raad van uw ziekenhuis de hoegrootheden van de maximumtarieven te willen invullen. Mogelijks zal naar uw mening ook de vooropgestelde casuïstiek moeten aangevuld (of vereenvoudigd) worden. Gelieve dan aan te duiden wat naar uw mening moet worden toegevoegd of geschrapt. Kortom, gelieve ons een naar uw standpunten gecorrigeerde versie te bezorgen van hierna volgend schema (NB: u kan desgewenst de elektronische versie downloaden van de website www.vbs-gbs.org). Met oprechte dank voor uw medewerking.

AANKONDIGING

02067 **PRAKTIJK** OTN wegens pensioen 3080 Tervuren : pluridisciplinair medisch centrum, ruime parking, diverse mogelijkheden (Rx/physio/kiné) – begeleiding mogelijk tel. 02/767.43.93

Enquête/ Schema ARRV- bepaling honorariumtarieven

Overeenkomstig de bepalingen van art 138 van de ziekenhuiswet (art 109 van de wet houdende maatregelen inzake gezondheidszorg van 14.01.2002), zijn volgende maximumtarieven van toepassing met betrekking tot de verstrekkingen voor in het ziekenhuis opgenomen patiënten (en verstrekkingen in dagziekenhuis, bijlage KB 29.09.2002).

I. Categorieën van patiënten:

- A. patiënt met wettelijke bescherming art 2 KB 29.09.2002.
- B. patiënt onder toepassing van het laatste akkoord artsen - ziekenfondsen (tot inkomensgrens akkoord artsen - ziekenfondsen).
- C. Patiënt buiten toepassing van het laatste akkoord artsen - ziekenfondsen (boven inkomensgrens akkoord artsen - ziekenfondsen, EU-ambtenaren, buitenlands verzekerden,).

II. Maximumtarieven als een akkoord zoals bedoeld in art. 50 van de wet van 14.07.1994 van kracht is:

- a) Patiënt cat. A vraagt opname in twee- of meerpersoonskamer: honorariumtarief van de conventie, ongeacht of gekozen arts al dan niet verbonden.
- b) Patiënt cat. B vraagt opname in twee- of meer persoonskamer: indien keuze verbonden arts: honorariumtarief van de conventie: II a).
- c) Patiënt cat. B vraagt opname in twee- of meerpersoonskamer: indien keuze niet-verbonden arts: honorariumtarief II a) + supplement %.
- d) Patiënt cat. C vraagt opname in twee- of meerpersoonskamer: honorariumtarief 2 a) + supplement %.
- e) Patiënt cat. A, B of C vraagt opname in éénpersoonskamer (niet-medische redenen): honorariumtarief 2 a) + supplement % (*eventueel te differentiëren naargelang categorie patiënt*).

NB: 1.-Verstrekkingen niet opgenomen in de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen:

voor niet (meer) terugbetaalde verstrekkingen, nieuwe of bijzondere technieken die (nog) niet gedekt worden door de ziekteverzekering, louter esthetische (of complementaire esthetische) behandelingen, of andere zorgverlening of levering van verbruiksgoederen buiten het kader van de gecoördineerde G.V.U. -wet van 14.07.1994, is bovenstaande regeling niet van toepassing. Ze maken het voorwerp uit van bijzondere tariefbepalingen, zoniet van bijzondere afspraken met de zorgverlener.

NB: 2.-Voormelde maximumtarieven onder de rubrieken II, c), d) en e) worden, behoudens andersluidende beschikking voor welbepaalde prestaties in bijlage van onderhavige ARRV, verhoogd met het bedrag van de door de Overheid opgedrongen tariefverminderingen in de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen of met de tariefverminderingen m.b.t. forfaitaire honoraria t.g.v. besparingsmaatregelen getroffen door de overheid, in verhouding tot de tarieven geldend op 31.12.2000.

III. Maximumtarieven als een akkoord zoals bedoeld in art 50 van de wet van 14.07.1994 niet van kracht is:

- a) Patiënt cat. A vraagt opname in twee- of meerpersoonskamer: honorariumtarief dat dient als grondslag voor de berekening van de verzekeringstegemoetkoming.
- b) Patiënt cat. B vraagt opname in twee- of meerpersoonskamer: honorariumtarief II. a) + supplement %.
- c) Patiënt cat. C vraagt opname in twee- of meerpersoonskamer: honorariumtarief II a) + supplement %.
- d) Patiënt cat. A, B of C vraagt opname in éénpersoonskamer (niet-medische redenen): honorariumtarief II a) + supplement% (*eventueel te differentiëren naargelang categorie patiënt*).

NB: cfr NB sub II.