

VERPLICHTE DERDEBETALER EN FINANCIËLE TRANSPARANTIE VANAF

1 juli 2015

FAQ

1. Wat verandert er vanaf 1 juli 2015?

- Vanaf 01/07/2015 zijn huisartsen verplicht tot toepassing van de regeling derde betalende voor raadplegingen en tijdens die raadplegingen verrichte technische verstrekkingen voor de rechthebbenden op de voorkeurregeling.
- Zij *kunnen* hiertoe gebruik maken van de module “consultatie van de verzekerbaarheidsgegevens” van het MyCarenet platform als ook van de “facturatiemodule” ingeval van elektronische facturatie in derdebetalende.

Aangezien nog niet alle softwarepakketten aangepast zijn, wordt er een overgangsperiode van 3 maanden voorzien.

Vanaf 1 juli 2015 dient in toepassing van de wet financiële transparantie in de gezondheidszorg aan de patiënt een bewijsstuk uitgereikt te worden in de volgende situaties:

- bij toepassing van de elektronische facturatie
 - indien samen met terugbetaalbare verstrekkingen ook niet-terugbetaalbare verstrekkingen worden aangerekend aan de patiënt
- Alle zorgverleners – ook wanneer zij werken voor rekening van een vennootschap – zijn ertoe gehouden een ontvangstbewijs uit te reiken. De getuigschriften voor verstrekte hulp worden daartoe aangepast vanaf 1 juli 2015.
Een overgangsregeling van 1 jaar wordt uitgewerkt. Bij gebruik van oude getuigschriften voor verstrekte hulp zal de patiënt in elk geval in het bezit moeten worden gesteld van een ontvangstbewijs, bvb voor vennootschappen door vermelding van het ontvangen bedrag in de zone waar gewag wordt gemaakt van de innende instelling.

2. Wanneer is de toepassing derdebetalersregeling verplicht?

De derdebetalersregeling was reeds verplicht voor het GMD, de preventiemodule en de diabetespas indien dit wordt gevraagd door de patiënt.

N.B.: de raadpleging of het bezoek tijdens dewelke de patiënt aan zijn huisarts vraagt om zijn GMD te beheren of de preventiemodule te doorlopen dient in dergelijk geval niet verplicht in derdebetaler te gebeuren en kan dus contant afgerekend worden.

- Nieuw vanaf 1 juli 2015 is de verplichte derdebetalersregeling voor huisartsen ten aanzien van rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming ('verplichte sociale derdebetalersregeling') voor raadplegingen en tijdens die raadplegingen verrichte technische verstrekkingen voor de rechthebbenden op de voorkeurregeling.

3. Wat is de regeling derdebetaler?

Dit is een betaalwijze waarbij de mutualiteiten de rekening van de arts betalen met als gevolg dat:

- de patiënt niet meer het volledig honorarium betaalt;
- de patiënt contant eventueel enkel het remgeld en/of supplement betaalt;
- het getuigschrift niet meer aan de patiënt, maar aan de mutualiteit of de tarifieringsdienst bezorgd wordt.

Als arts ontvangt u dus het honorarium van de door u gepresteerde verstrekkingen rechtstreeks van de mutualiteiten.

4. Wie moet de verplichte regeling derdebetaler voor de rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming toepassen?

De regeling derdebetaler wordt enkel verplicht voor de raadplegingen van **huisartsen** en voor tijdens de raadpleging verrichte technische verstrekkingen voor de rechthebbende op de voorkeursregeling.

Voor de **artsen-specialisten** wijzigt er op 1 juli niets aan de bestaande regeling. De actuele verplichting om de derdebetalersregeling toe te passen voor de verpleegdagprijs en hiermee gelijkgestelde verstrekkingen (forfaits daghospitalisatie) verstrekkingen die worden verleend tijdens een ziekenhuisopname en de verstrekkingen 450192 en 450214 die worden verleend in het kader van een georganiseerde mammografische borstkankerscreening, blijven uiteraard bestaan.

5. Moet ik als niet-geconventioneerd huisarts de verplichte regeling derdebetaler ook toepassen?

Ja, zowel geconventioneerde huisartsen als huisartsen die de tarieven conform het huidige akkoord artsen-ziekenfondsen niet of gedeeltelijk volgen (gedeconventioneerde resp. gedeeltelijk geconventioneerde huisartsen), moeten de verplichte regeling derdebetaler voor patiënten met een verhoogde tegemoetkoming toepassen vanaf 1 juli 2015. De verplichte DBR werd wettelijk verankerd. Of u al dan niet bent toegetreden tot het akkoord artsen-ziekenfondsen, kan geen afbreuk doen aan de wettelijke verplichting.

6. Voor welke patiënten moet de verplichte regeling derdebetaler worden toegepast?

De verplichte regeling derdebetaler moet worden toegepast op patiënten die recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming. Dit houdt in de weduwen, invaliden, gepensioneerden, wezen (WIGW's) en gezinnen met een laag inkomen.

U herkent deze patiënten op verschillende manieren:

- door online MyCarenet de gegevens van de patiënt via zijn elektronische identiteitskaart te raadplegen
- aan de hand van het kleefbriefje waarop het laatste cijfer van de eerste code gerechtigde 1 is (=XX1/XXX)
- een specifiek attest afgeleverd door de ziekenfondsen.

Er wordt voorzien in een verplichte verificatie van de identiteit van de rechthebbende in geval van toepassing van de derdebetalersregeling. De raadpleging van de verzekeraar van de rechthebbende, als voorwaarde om een betaalverbintenis te krijgen, zal worden bewerkstelligd door deze verificatie.

- Ingeval van toepassing van de DBR met papierdocumenten gebeurt de verificatie op voorlegging van documenten (bvb. identiteitskaart, ISI+, nog geldige SIS-kaart).
- Ingeval van elektronische facturatie (gebruik van het MyCareNet) wordt voorzien in een elektronische lezing van de identiteitskaart, evenwel pas vanaf de datum die door KB wordt vastgelegd.

Voor de huisartsen die het globaal medisch dossier van de rechthebbende beheren, geldt een specifieke regeling. Er is in dat geval enkel een verplichting tot verificatie van de identiteit bij het openen of het verlengen van het GMD.

Buiten de specifieke regeling vermeld voor de houder van het GMD van de rechthebbende, zal er geen verplichting tot lezing van de EID gelden bij de elektronische toepassing van de derdebetalende, zolang de datum hiervoor niet werd vastgesteld. Praktisch betekent dit dat er op 1 juli 2015 in geen enkele sector een verandering is van de modaliteiten voor de toepassing van de DBR via elektronische weg.

7. Ben ik verplicht elektronisch te factureren wanneer ik de regeling derdebetaler toepas?

De elektronische facturatie aan de mutualiteiten in het kader van MyCarenet is actueel nog niet beschikbaar voor alle huisartsen. De ingangsdatum van de beschikbaarheid van de elektronische facturatie in het kader van MyCareNet zal bij Koninklijk Besluit worden vastgesteld en vanaf dit moment beschikt u over een overgangperiode van 2 jaar om over te stappen naar de elektronische facturatie in het kader van de derdebetalersregeling.

Na afloop van deze overgangperiode, of van zodra u gebruik maakt van de elektronische facturatie in het kader van de derdebetalersregeling, zal u verplicht zijn om elektronisch te factureren als u de derdebetalersregeling toepast.

8. Mag ik nog een supplement aanrekenen?

De economische toestand of de bijzondere eisen van de patiënt kunnen de geconventioneerde arts ontslaan van zijn plicht om de verbintenistarieven na te leven. Ook voor niet in de nomenclatuur vermelde verstrekkingen kan de arts vrij zijn honorarium bepalen. Gedeconventioneerde artsen zijn niet toegetreden tot het akkoord artsen-ziekenfondsen en kunnen in principe vrij hun honorarium bepalen. Dit geldt eveneens voor de gedeeltelijk geconventioneerde huisartsen voor de plaatsen en tijdstippen aangegeven in het akkoord.

In bovenstaande gevallen kan u als huisarts een supplement/vrij honorarium aanrekenen aan de patiënt. Deze mogelijkheid blijft bestaan ook met de verplichte derdebetaler. De patiënt zal dit supplement in voorkomend geval – evenals het remgeld – contant aan u dienen te betalen.

9. Moet ik de regeling derdebetaler toepassen bij huisbezoeken?

Neen, deze verplichting geldt niet voor de huisbezoeken en de zgn. technische verstrekkingen die werden uitgevoerd naar aanleiding van een huisbezoek. De verplichte regeling derdebetaler is enkel van toepassing op raadplegingen en tijdens die raadplegingen verrichte technische verstrekkingen.

10. Hoe lang duurt het vooraleer ik de betaling van mijn raadpleging via derdebetaler ontvang?

De verzekeringsinstellingen dienen volgende betaaltermijnen te respecteren bij betaling aan de zorgverleners in geval van toepassing derde betaler:

- Een betaaltermijn van twee weken vanaf de ontvangst door de verzekeringsinstellingen voor de huisartsen die factureren via MyCareNet
- Een betaaltermijn van twee maanden (na het einde van de maand van ontvangst van de factureringstukken) voor de zorgverleners die werken met magnetische dragers en de zorgverleners die nog gebruik maken van het papieren circuit en de labo voor klinische biologie
- Een betaaltermijn van 30 dagen voor de huisartsen die factureren via papieren circuit

Het betreft hier maximumtermijnen. In geval van laattijdige betaling wordt voorzien dat de verzekeringsinstelling op eenvoudig verzoek verwijlinteressen verschuldigd is vanaf de datum waarop de betaaltermijn verstreek.

11. Wat gebeurt er als ik de verplichte regeling derdebetaler vanaf 1 juli 2015 niet toepas?

Artikel 73 bis, 7° ZIV-wet voorziet in sancties in geval van het niet respecteren van administratieve formaliteiten (het is de zorgverleners verboden: reglementaire documenten op te stellen, te laten opstellen, af te leveren of te laten afleveren wanneer deze documenten niet voldoen aan de louter administratieve formaliteiten die de vergoedingsvoorwaarden van de geneeskundige verstrekkingen niet in het gedrang brengen). In dit geval zou dit inhouden: het afleveren van een getuigschrift voor verstrekte hulp aan de rechthebbende daar waar dit gelet op de verplichte toepassing derde betaler niet het geval zou mogen zijn.

In dergelijke gevallen wordt n.a.v. een eerste vaststelling van een inbreuk een waarschuwing opgelegd. Indien deze waarschuwing niet in acht wordt genomen, kan een boete van € 50 tot € 500 worden opgelegd (artikel 142 § 1 ZIV-wet).

In geval van het niet respecteren van de administratieve formaliteiten zoals hierboven voorzien voorziet artikel 53 GVU wet ook nog in een administratieve geldboete van 25 tot 205 euro voor elke inbreuk.

12. Wanneer dient men een bewijsstuk af te leveren?

Vanaf 1 juli 2015 zijn zorgverleners ertoe gehouden om aan de rechthebbende een bewijsstuk uit te reiken van de verrichte verstrekkingen die aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verplichte verzekering, alsmede van de verstrekkingen die geen aanleiding geven tot een

tegemoetkoming van de verplichte verzekering en samen met verstrekkingen die er wel aanleiding toe geven worden verricht:

1° in geval de zorgverlener, naast bedragen voor verstrekkingen die aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verplichte verzekering, ook bedragen aanreken aan de rechthebbende voor verstrekkingen die geen aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verplichte verzekering;

2° In het geval het getuigschrift voor verstrekte hulp of van aflevering of het gelijkwaardig document wordt vervangen door een elektronische gegevensoverdracht door de zorgverlener aan de verzekeringsinstelling van de rechthebbende.

Het totaal bedrag te betalen door de patiënt voor de verstrekkingen met inbegrip van de betaalde voorschotten, komen voor op het bewijsstuk.

13. Wat dient er op een bewijsstuk te staan?

Als een getuigschrift voor de verstrekte hulp **of van aflevering of een gelijkwaardig document**, wordt uitgereikt **dat het geheel van de vergoedbare verstrekkingen specificeert wordt uitgereikt aan de rechthebbende**, bevat het bewijsstuk:

- voor het geheel van de vergoedbare verstrekkingen, het totaal te betalen bedrag, met inbegrip van de eventuele supplementen;
- naast elke niet-vergoedbare verstrekking, vermeld in de vorm van een omschrijving, zijn bedrag.

Als geen getuigschrift voor verstrekte hulp wordt afgeleverd **of van aflevering of een gelijkwaardig document**, **dat het geheel van de vergoedbare verstrekkingen specificeert wordt uitgereikt aan de rechthebbende**, bevat het bewijsstuk:

- apart, naast elke vergoedbare verstrekking, het bedrag betaald door de rechthebbende krachtens de tarieven, het bedrag betaald door de rechthebbende als supplement, en, in voorkomend geval, de tegemoetkoming die rechtstreeks wordt aangerekend aan de verzekeringsinstelling.
- naast elke niet-vergoedbare verstrekking, vermeld in de vorm van een omschrijving, zijn bedrag.

Naar de toekomst toe zal het mogelijk worden om verstrekkingen te groeperen maar dit zal nog later worden meegedeeld.

Bij elektronische facturatie zal de huisarts voortaan een bewijsstuk aan de patiënt afleveren waarop duidelijk staat hoeveel het persoonlijk aandeel van de patiënt bedraagt, wat en hoeveel aan de ziekteverzekering werd gefactureerd, en welke eventuele andere bedragen (bv. supplementen, niet terugbetaalde zorgen) door de patiënt werden betaald.

Sommige softwarepakketten zijn nog niet aangepast om elektronisch te kunnen factureren tegen 1 juli. Tegen 1 oktober moet dit wel het geval zijn. Daartoe zal het RIZIV de nodige afspraken maken met de softwareleveranciers van de huisartsen. Indien de derdebetalersregeling nog niet via elektronische facturatie verloopt, dient er een getuigschrift voor verstrekte hulp opgesteld te worden.

Tegen 1 oktober zal ook de aflevering door de zorgverlener van een bewijsstuk voor de patiënt met de bovenvermelde gegevens mogelijk worden via dezelfde toepassing die ook de elektronische facturatie toelaat. Elke sector kan in het kader van het overleg tussen de zorgverleners en ziekenfondsen bovendien eventueel bijkomende gegevens op dit bewijsstuk toevoegen.

In geval van afgifte van medische hulpmiddelen, waarvan nog een lijst moet worden opgemaakt, en op verzoek van de patiënt, bevat het bewijsstuk het aankoopbedrag van de door de zorgverlener afgeleverde hulpmiddelen in geval deze het voorwerp uitmaken van een tegemoetkoming.

14. Moet ik nog een getuigschrift voor verstrekte hulp aan mijn patiënt bezorgen?

Van zodra de getuigschriften worden vervangen door een gegevensoverdracht door de zorgverlener aan de verzekeringsinstellingen door middel van een elektronisch netwerk dient geen getuigschrift voor verstrekte hulp meer afgeleverd te worden.

15. Wat wijzigt er aan de ontvangsbewijzen en de getuigschriften voor verstrekte hulp vanaf 1 juli 2015.

Alle zorgverleners - ook wanneer zij werken voor rekening van een vennootschap - zijn ertoe gehouden een ontvangsbewijs uit te reiken. De getuigschriften voor verstrekte hulp worden daartoe aangepast vanaf 01/07/2015.

De overgangperiode tijdens dewelke het gebruik van de oude getuigschriften voor verstrekte hulp mogelijk is, wordt in plaats van 6 maanden uitgebreid naar één jaar te rekenen vanaf 1 juli 2015.

De verdere modaliteiten tijdens deze overgangperiode zullen later per omzendbrief worden meegedeeld. Rekening houdend met het feit dat er nog slechts één model per categorie van zorgverleners bestaat zullen alle getuigschriften van verstrekte hulp wit zijn voor het origineel. Het geel blijft van toepassing voor het dubbel van de getuigschriften die worden gedrukt door SPEOS en dat moet worden bewaard door de zorgverlener.