

# ALGEMENE OMZENDBRIEF (Nr 24) – VERSIE JANUARI 2024

Deze omzendbrief vervangt omzendingen nr. 11 (van 19.9.2013) en nr. 22.

## 1. Inschrijving van de rechthebbende

Met de dienst Abonnement van MyCareNet kunnen inschrijvingen ("abonnementen"), uitschrijvingen en eventuele annulaties van inschrijvingen elektronisch worden beheerd om de administratieve procedure van de medische huizen en de verzekeringsinstellingen (VI) te vereenvoudigen.

Dit is een synchrone dienst. Dat houdt in dat het antwoord van de verzekeringsinstelling onmiddellijk volgt op de aanvraag.

De dienst "Abonnement" bestaat uit drie delen:

- Aanvragen van abonnement (= inschrijving)
- Kennisgeving van einde inschrijving (= uitschrijving/einde abonnement)
- Annulatie (opzegging van de inschrijving vóór het effectieve begin van het forfaitsysteem)

Bij de registratie van een rechthebbende zijn er twee manieren om beide partijen te laten ondertekenen: ofwel via een papieren formulier, ofwel digitaal (via de eID-kaart en de PIN-code van de patiënt).

### 1.1 Bij inschrijving via een papieren formulier:

- a. De inschrijving van de rechthebbende komt tot stand door de ondertekening van het document "Inschrijving van de rechthebbende" (bijlage 1 NEW - abonnementsformulier). door beide partijen: de rechthebbende en het medisch huis.
- b. Het document dient te worden ondertekend door de wettelijke vertegenwoordiger van de rechthebbende in het geval de rechthebbende de leeftijd van 14 jaar nog niet heeft bereikt. Die wettelijke vertegenwoordiger moet worden geïdentificeerd aan de hand van zijn/haar naam, voornaam en rijksregisternummer. Hij/zij kan ondertekenen tot de 18e verjaardag van de rechthebbende.
- c. Het inschrijvingsdocument van de rechthebbende moet niet naar de verzekeringsinstelling worden verzonden. Het wordt bewaard door het medisch huis dat in geval van controle in staat moet zijn om dit ondertekend document aan de bevoegde autoriteiten voor te leggen. Er moet ook een ondertekend exemplaar aan de rechthebbende worden overhandigd.
- d. Bij het verzenden van de inschrijving van de rechthebbende via de in de software van het medisch huis geïntegreerde dienst abonnement van MyCaret, moet het medisch huis het vakje *"de patiënt tekent niet via zijn eID-kaart, maar heeft het papieren formulier ondertekend"* aanvinken.

## 1.2. Bij digitale inschrijving (de patiënt tekent met zijn eID kaart en PIN-code):

- a. Bij het verzenden van de inschrijving van de rechthebbende via de in de software van het medisch huis geïntegreerde dienst abonnement van MyCarenet moet het medisch huis het vakje "*handtekening met eID-kaart en PIN-code door de patiënt*" aanvinken.
- b. De software moet het inschrijvingsdocument met de elektronische handtekening van de patiënt en zijn/haar inschrijving bewaren. In geval van controle moet het medisch huis een digitaal bewijs van deze handtekening kunnen leveren aan de bevoegde autoriteiten
- c. Een kopie van het inschrijvingsbewijs moet ook altijd aan de rechthebbende worden gegeven (elektronisch of op papier).
- d. Indien de rechthebbende zijn pincode kent, vinkt de gebruiker het vakje "*handtekening met eID-kaart en pincode door de patiënt*" aan.  
Indien de rechthebbende zijn pincode niet kent, vinkt de gebruiker het vakje "*de patiënt tekent niet met zijn eID-kaart maar heeft het papieren formulier ondertekend*" aan. (zie punt 1.1)

Merk op dat als deze optie niet beschikbaar is in de software van het medisch huis, het nodig blijft om de handtekening op papier van de rechthebbende en het medisch huis te bewaren.

## 1.3. Details over de inschrijving

- a. Vooraleer een inschrijving te formaliseren, is het absoluut noodzakelijk dat het medisch huis expliciet en transparant communiceert met de patiënten over de volgende essentiële punten:
  - De aard van de verbintenis: De patiënt moet een gedetailleerde uitleg krijgen over het type verbintenis dat hij gaat afsluiten.
  - Rechten en verantwoordelijkheden: De patiënt moet een gedetailleerde uitleg krijgen over zowel zijn eigen rechten en verantwoordelijkheden als die van het medisch huis. Dit omvat de aangeboden diensten en de ondernomen acties in geval van niet-naleving van de voorwaarden van het contract.
  - Beëindiging: De patiënt moet een gedetailleerde uitleg ontvangen over de bepalingen m.b.t de vroegtijdige beëindiging van de verbintenis.
  - Vertrouwelijkheidsbeleid: Patiënten moeten op een transparante manier worden geïnformeerd over hoe hun medische gegevens worden verwerkt en gedeeld, met inachtneming van de geldende wetgeving.
  - Verhaalsmogelijkheden in geval van een geschil: In geval van een meningsverschil of geschil moeten patiënten weten welke oplossingsmechanismen beschikbaar zijn en hoe ze deze kunnen aanwenden.
  - Open dialoog: Patiënten moeten worden aangemoedigd om vragen te stellen en opheldering te vragen voordat ze het contract ondertekenen. Het medisch huis moet bereid zijn om uitgebreid te antwoorden op alle vragen van patiënten.

Duidelijke en transparante communicatie van deze elementen is noodzakelijk om ervoor te zorgen dat de patiënt een volledig begrip heeft van zijn of haar engagement naar het medisch huis toe. Anderzijds heeft de patiënt op deze manier ook een duidelijk beeld van de verantwoordelijkheden van het medisch huis ten opzichte van hem of haar.

- b. Het medisch huis is verplicht om de identiteit van de patiënt te controleren op het moment van inschrijving (bijv. door het lezen van de eID) en dient ervoor te zorgen dat het inschrijvingsformulier in tweevoud wordt ondertekend, waarbij één exemplaar bestemd is voor het medisch huis en het andere voor de patiënt, voordat de inschrijving in hun computersysteem wordt ingevoerd. Het is absoluut noodzakelijk dat deze strikte procedure wordt nageleefd, want elk verzuim vormt een duidelijke inbreuk op de regels van de sector en kan leiden tot zware sancties (tot en met de intrekking van de overeenkomst tot forfaitaire betaling - art.13 van het Koninklijk Besluit van 23.04.2013) voor het medisch huis. Er wordt ook aan herinnerd dat contracten na ondertekening zorgvuldig moeten worden gearchiveerd en ter beschikking moeten worden gesteld van de autoriteiten voor controle. Het doel van deze aanpak is om ervoor te zorgen dat de manier van registratie conform de regelgeving gebeurt en om mogelijke fraude te voorkomen. Er moet worden opgemerkt dat controles op de naleving van deze formaliteiten zullen worden uitgevoerd om ervoor te zorgen dat medische huizen de bepalingen in deze omzendbrief naleven.
- c. Vóór de inschrijving controleert de software de verzekeraarstatus van de rechthebbende en of hij/zij al bij een ander medisch huis is aangesloten, of een GMD heeft bij een andere huisarts. Dat gebeurt via de dienst "Member Data" of MDA.
- d. Als de verzekeraarstatus van de rechthebbende niet in orde is, zal de inschrijving door de verzekeringsinstellingen worden goedgekeurd maar de facturatie zal pas mogelijk zijn wanneer de rechthebbende zich in regel heeft gesteld.
- e. Als de rechthebbende een pasgeborene is, zal hij/zij door het medisch huis kunnen worden ingeschreven via zijn/haar rijksregisternummer dat via de e-Birth-toepassing wordt gegenereerd. De inschrijving zal echter enkel door de verzekeringsinstelling worden geaccepteerd wanneer de pasgeborene vooraf bij een van haar ziekenfondsen is ingeschreven.
- f. Bij de inschrijving kan de rechthebbende verzoeken om inschrijving zonder optie of met optie:
- Inschrijving zonder optie: de zorgverstrekkingen voor die rechthebbende worden gefactureerd in het kader van een forfait vanaf de 1e dag van de maand volgend op de inschrijving. Als de verstrekkingen aan die rechthebbende worden verstrekt in de loop van de kalendermaand van de inschrijving mag het medisch huis die verstrekkingen per prestatie factureren. Gedurende deze periode mag een GMD nooit door het medisch huis worden gefactureerd.
  - Inschrijving met optie: gedurende 3 maanden (einde van de lopende maand + 3 maanden) worden de zorgverstrekkingen "per handeling" gefactureerd en niet op basis van het forfait. Na die periode van 3 maanden zal de inschrijving in het forfait in werking treden. Deze periode "in optie" kan niet worden verlengd. De patiënt wordt proactief geïnformeerd wanneer zijn inschrijving start. Gedurende deze periode mag een GMD nooit door het medisch huis worden gefactureerd. Tijdens deze periode van drie maanden die start op de 1e van de maand volgend op de inschrijving, worden de getuigschriften die door externe therapeuten worden afgeleverd voor verstrekkingen die worden aangeboden door het MH (M en/of K en/of I) verder vergoed door de VI. Ter herinnering, het medische huis ontvangt geen forfait voor patiënten die zijn ingeschreven tijdens de "proefperiode" van 3 maanden.
  - Er zijn controles in de software geïntegreerd zodat een incorrecte aanvraag (bijvoorbeeld vakje "met optie" of "zonder optie" niet aangevinkt) niet kan worden verzonden.

- g. De inschrijving van een rechthebbende in een medisch huis omvat de opening - op de dag van de inschrijving - en de jaarlijkse verlenging van het globaal medisch dossier van die rechthebbende, die inbegrepen zijn in het maandelijks forfait (NB GMD-supplementen voor bepaalde categorieën van rechthebbenden worden 1x/jaar aan het MH betaald door de VI - zie 6.2 p14). Dit globaal medisch dossier wordt beheerd door de artsen van het medisch huis.
- h. Het document "Inschrijving van de rechthebbende" geeft de overeenkomst weer die op een bepaald moment werd aangegaan tussen het medisch huis en de rechthebbende. De termen van deze overeenkomst zijn aan wijzigingen onderhevig. Die wijzigingen kunnen zich bijvoorbeeld voordoen vanuit het medisch huis door een wijziging van het akkoord door een andere samenstelling van het zorgaanbod of door een wijziging van het geografische gebied (inschrijvings- en zorgzone en/of zone van niet-terugbetaling). Zodra de commissie belast met het sluiten van de akkoorden betreffende de forfaitaire betaling van sommige verstrekkingen de wijziging van de inhoud van de overeenkomst heeft goedgekeurd zal die door het medisch huis aan alle ingeschreven rechthebbenden worden meegedeeld.
- i. Ingeval het medisch huis de inschrijvings- en zorgzone beperkt zullen de reeds ingeschreven patiënten die plots buiten de "kleinere" zone vallen niet door het medisch huis kunnen worden uitgeschreven als zij dat niet willen.
- j. In geval van wijziging van het zorgaanbod treedt de ingeschrevene automatisch toe tot het volledige, gewijzigde zorgaanbod.
- k. De rechthebbende wordt automatisch geabonneerd op het volledige aanbod van het medisch huis (algemene geneeskunde en/of kinesitherapie en/of verpleegkundige zorg). Partiële inschrijvingen zijn niet mogelijk, ook niet wanneer een rechthebbende is opgenomen in een zorgvoorziening waar de kinesitherapeutische en/of verpleegkundige zorg reeds ten laste wordt genomen door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging (cf. omzendbrief medische huizen nr. 1 en omzendbrief V.I. nr. 2005/38-395/238). Het is pas bij de facturatie dat het medisch huis rekening zal moeten houden met het feit dat de rechthebbende zich in een dergelijke zorgvoorziening bevindt. Zie "2. Elektronische facturatie".

De samenvattende tabel hieronder toont ter informatie voor de verschillende zorgvoorzieningen :

- Als de zorgen ten laste worden genomen door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging (groen) betekent het dat het medisch huis het forfait voor deze discipline zal ontvangen, én de door de patiënt gemaakte kosten bij externe zorgverleners ten laste komen van het medisch huis in deze situaties zoals beschreven in KB/inschrijvingsdocument.
- Wanneer de kosten niet ten laste vallen van de verplichte ziekteverzekering (rood) ontvangt een medisch huis geen forfait voor deze discipline en kunnen kosten voor deze discipline niet verhaald worden op het medisch huis.

	Vlaanderen						Wallonië/Bxl		België		
	RVT/ROB						ROB	RVT	PVT	CDV	IBW
M											
K	A	B	C	Cd	D	O				Per handeling	
I											

**ROB** – Rustoorden voor Bejaarden/ **RVT** – Rust- en verzorgingstehuis/ **PVT** – Psychiatrisch verzorgingstehuis / **CDV** – Centrum voor dagverzorging / **IBW** – Initiatief van beschut wonen

Als een lid in een Vlaamse instelling verblijft :

- met een B, C, Cd, D profiel (ROB, RVT of centrum voor dag verzorging) -> kinesitherapie kan niet langer gefactureerd worden via de nomenclatuur kinesitherapie (artikel 7)
- met een A, O profiel (ROB of centrum voor dag verzorging) -> kinesitherapie kan nog steeds gefactureerd worden via de nomenclatuur kinesitherapie (artikel 7)

Er bestaan vaak bijzondere overeenkomsten (zie huishoudelijk reglement van de ROB's)

Voor het CDV kan, buiten de aanwezigheidsuren van de rechthebbende in een CDV, evenwel een beroep worden gedaan op de verpleegkundigen of de kinesitherapeuten van het medisch huis. De facturatie per handeling van de I en K zorgen aan de VI van de patiënt door het medisch huis is toegelaten wanneer de zorgen worden verleend aan de patiënt buiten de uren waarop de patiënt aanwezig is in het CDV (de aanwezigheidslijst dient als bewijs).

- l.** Het abonnement bij een medisch huis is altijd individueel. Het abonnement van een rechthebbende betekent niet automatisch dat alle gezinsleden van deze rechthebbende bij het medisch huis zijn geabonneerd. Het medisch huis waar de rechthebbende is ingeschreven kan echter niet weigeren om een andere rechthebbende in te schrijven die tot het gezin van de reeds ingeschreven rechthebbende behoort. Met gezin worden de personen bedoeld die onder hetzelfde dak wonen.
- m.** Een rechthebbende kan slechts bij één medisch huis tegelijkertijd zijn ingeschreven.
- n.** Het is niet mogelijk om een rechthebbende retroactief in te schrijven. Er kan van deze regel worden afgeweken als het medisch huis kan aantonen dat het de abonneringsprocedure correct heeft uitgevoerd maar het abonnement niet door de verzekeringsinstelling kon worden geregistreerd.

## 2. Beëindiging van een abonnement (of kennisgeving van einde abonnement)

De uitschrijving kan enkel voor een lopend abonnement. Als het abonnement nog niet lopende is, gaat het dus niet om een uitschrijving maar om een annulatie van het abonnement (zie 2.1.3 annulatie)

Het abonnement van een rechthebbende bij een medisch huis kan ofwel op vraag van de rechthebbende ofwel op vraag van het medisch huis worden beëindigd.

In beide gevallen wordt de reden van de beëindiging geregistreerd. Daarvoor is een codering voorzien in de software.

### 2.1 De rechthebbende wil niet meer ingeschreven zijn

- a.** De rechthebbende informeert het medisch huis of zijn verzekeringsinstelling over zijn beslissing. Indien de rechthebbende aan de verzekeringsinstelling doorgeeft dat hij/zij niet meer ingeschreven wil zijn, informeert de verzekeringsinstelling het medisch huis over de beslissing van de rechthebbende. Het medisch huis kan geen bezwaar maken tegen de vraag van de rechthebbende. Het moet er binnen een termijn van 14 dagen op ingaan.
- b.** Het bijhorende document "Kennisgeving van einde inschrijving - beslissing van de ingeschrevene" (bijlage 2 New - Formulier uitschrijving patiënt - omz. 21 van 24.6.2021) wordt opgesteld. Het document wordt door beide partijen, de rechthebbende en het medisch huis,

ondertekend. Het zal worden bewaard door de voorziening waartoe de rechthebbende zich heeft gericht, d.w.z. door het medisch huis of door de verzekeringsinstelling, die in staat moet zijn om de handtekening voor te leggen in het geval van een controle. Er moet eveneens een exemplaar aan de rechthebbende worden overhandigd (persoonlijk of via e-mail).

c. Het document dient te worden ondertekend door de wettelijke vertegenwoordiger van de rechthebbende in het geval de rechthebbende de leeftijd van 14 jaar nog niet heeft bereikt. Die wettelijke vertegenwoordiger moet worden geïdentificeerd aan de hand van zijn/haar naam, voornaam en rijksregisternummer. Hij/zij kan tekenen tot de rechthebbende 18 jaar is.

d. De uitschrijving van de rechthebbende wordt gemeld aan de VI via de elektronische gegevensstroom.

e. Het abonnement zal ten vroegste eindigen aan het einde van de lopende maand en ten laatste aan het einde van de lopende maand + 3 maanden, afhankelijk van de beslissing van de patiënt die is aangegeven op het document ter kennisgeving van het einde van de inschrijving. Een abonnement loopt altijd af aan het einde van een kalendermaand.

f. Wanneer een rechthebbende vraagt om over te stappen van het ene medisch huis naar een ander medisch huis, gaat het om een overstap. (zie 2.4 "Overstap tussen medische huizen").

## 2.2 Het medisch huis wil de rechthebbende niet langer als abonnee.

Een uitschrijving op vraag van het medisch huis heeft automatisch tot gevolg dat de abonnementen van de andere rechthebbenden die tot hetzelfde gezin behoren ook worden beëindigd.

Bij een uitschrijving op vraag van het medisch huis, zijn er 2 mogelijke situaties:

- Ofwel wordt de vraag tussen de 1e en de 15e van de maand gesteld. In dat geval loopt het abonnement af aan het einde van de maand.

Voorbeeld: kennisgeving van einde inschrijving ondertekend en verzonden op 15.6.2022  
→ einddatum 30.6.2022

- Ofwel wordt de vraag na de 15e van de maand gesteld. In dat geval eindigt het abonnement op de laatste dag van de volgende maand.

Voorbeeld: kennisgeving van einde inschrijving ondertekend en verzonden op 16.6.2022  
→ einddatum 31.7.2022

De uitschrijving van de rechthebbende op initiatief van het medisch huis wordt gemeld via de software. *Het bijhorende document "Kennisgeving van einde inschrijving - beslissing van het medisch huis"* (bijlage 3 New - Formulier uitschrijving MH - omz. 21 van 24.6.2021) wordt opgesteld. Wanneer de rechthebbende het formulier niet heeft ondertekend, wordt de kennisgeving via aangetekende brief naar de rechthebbende verzonden. In geval van controle moet het medisch huis in staat zijn om een bewijs van die aangetekende zending voor te leggen aan de bevoegde autoriteiten. De beslissing om een einde te maken aan de inschrijving van een rechthebbende impliceert dat op dezelfde datum een einde wordt gemaakt aan de inschrijving van de andere rechthebbenden die deel uitmaken van hetzelfde gezin.

De reden voor de uitschrijving wordt geregistreerd. Daarvoor is een codering voorzien in de software.

Wanneer een medisch huis het akkoord van de Commissie belast met het sluiten van akkoorden betreffende het forfait heeft gekregen om zijn inschrijvings- en zorgzone te beperken, kan het de

patiënten die al eerder waren ingeschreven en vervolgens "buiten de zone" vielen niet uitschrijven als ze bij het medisch huis willen ingeschreven blijven.

### 2.3 Annulatie

Als een medisch huis een abonnementsaanvraag wil annuleren (wegens een fout of omdat de rechthebbende van mening is veranderd), kan deze worden opgezegd op voorwaarde dat dit vóór de begindatum van het toegekende forfait gebeurt.

Als het forfaitsysteem al is begonnen gaat het niet meer om een annulatie en moet het medisch huis een kennisgeving van einde inschrijving verzenden.

### 2.4 Overstap tussen medische huizen

Bij de overstap van een rechthebbende van een medisch huis naar een ander medisch huis wordt het oude document "overstapsaanvraag" niet meer gebruikt. Het abonnement in het nieuwe medisch huis geldt als bewijs van uitschrijving bij het voormalige medisch huis. Er is geen administratieve taak voor het bewijs van uitschrijving bij het voormalige medisch huis. De aanpassing wordt automatisch doorgevoerd in de dienst Member Data (MDA). Het voormalige medisch huis zal de uitschrijving van de rechthebbende kunnen vaststellen bij de MDA-query volgend op de maand tijdens dewelke het abonnement van de rechthebbende in het nieuwe medisch huis is gestart.

De in punt 1.1 *Inschrijving van de rechthebbende* opgenomen regels zijn van toepassing voor het abonnement van de rechthebbende in het nieuwe medisch huis.

Het abonnement met optie is ook mogelijk in een situatie waarbij van het ene naar het andere medisch huis wordt overgestapt. In dat geval annuleert het eerste medisch huis de inschrijving (het forfait is nog niet begonnen) aan het einde van de maand waarin de beslissing om over te stappen is gemaakt, maand M, en schrijft het nieuwe medisch huis de patiënt met optie in, nl. met start van forfait op de eerste dag van de maand M+4.

Een overstap gaat altijd in op de eerste dag van een nieuwe kalendermaand. De rechthebbende zal nog steeds ten laste worden genomen door het oorspronkelijke medisch huis tot de laatste dag van de maand waarin het abonnement in het nieuwe medisch huis is doorgegeven.

Een rechthebbende kan slechts bij één medisch huis tegelijkertijd geabonneerd zijn. Wanneer er meerdere abonnementen zijn, is het meest recente abonnement geldig. Het meest recente abonnement zal het voorgaande abonnement afsluiten of annuleren als dat nog niet was gebeurd.

### 2.5 De rechthebbende wordt naar een andere verzekeringsinstelling gemuteerd

Die situatie wijzigt niets aan het abonnement van de rechthebbende bij het medisch huis. Het medisch huis zal de verandering van verzekeringsinstelling kunnen vaststellen bij de MDA-query. De oorspronkelijke verzekeringsinstelling garandeert een correcte overbrenging van de inschrijving naar de nieuwe verzekeringsinstelling.

### 2.6 De rechthebbende is overleden

Het medisch huis moet geen kennis geven van het einde van het abonnement in het geval van het overlijden van een rechthebbende. De verzekeringsinstelling van de rechthebbende zal het abonnement beëindigen.

<b>Overzicht timing</b>							
<b>Maand:</b>	1		2	3	4	5	...
<b>Dag:</b>	1-15	16-31	-	-	-	-	-
Inschrijving zonder optie	X						
Inschrijving met optie	X						
Annulatie	X → X*						
Uitschrijven op initiatief van patiënt zonder optie	X						
Uitschrijven op initiatief van patiënt met optie	X						
Uitschrijven op initiatief van het medisch huis	X						
		X					
Overstap zonder optie	X						
Overstap met optie	X						
<b>Legende</b>							
	Pt. Niet ingeschreven in forfait systeem						
	Periode met optie; MH rekent uitgevoerde zorghandelingen aan volgens prestatie.						
	Pt. Ingeschreven in forfait systeem						
	Inschrijving loopt bij het eerste medisch huis						
	Inschrijving loopt bij het medisch huis waar de pt. Naar overstapt.						
X	Vereiste administratieve aanvraag/registratie.						
→ X*	"gevolgd door <u>annulatie</u> "						

### 3. Bewaring van administratieve documenten

Het medisch huis bewaart de administratieve documenten zolang de patiënt is ingeschreven. De bewaringstermijn van de abonnementsdocumenten (inschrijving) en einde van het abonnement (einde van inschrijving) wanneer de patiënt is overleden of het medisch huis verlaat bedraagt 6 jaar. Dit geldt niet voor medische patiëntendossiers, die minimum 30 jaar en maximum 50 jaar - te rekenen vanaf het laatste patiëntencontact - moeten worden bewaard (Conform artikel 35 kwaliteitswet).

Omdat gescande documenten niet dezelfde bewijskracht hebben als originele documenten, moet het medisch huis de originele documenten bewaren.

### 4. Elektronische facturatie

De elektronische facturatie zal uitsluitend via MyCareNet worden bezorgd. Die wordt enkel toegepast op de forfaits en Opstarttraject diabetes type 2 (niet, bijvoorbeeld, op de technische verstrekkingen of de facturatie per prestatie tijdens de proefperiode). Voor de 675 (zeevarenden) heeft V.I. 6 erin voorzien om de abonnementen en de elektronische facturatie te beheren. De facturatie 675 wordt op andere manieren verzonden. Voor de 999 moet er niets worden voorzien. Sinds 01.2019 moeten de rechthebbenden op overzeese sociale zekerheid zich inschrijven bij een ziekenfonds van hun keuze om de terugbetaling van geneeskundige verzorging te verkrijgen.

Alle informatie over de lay-out en de inhoud van het elektronisch facturatiebestand kan worden geraadpleegd in de brochure "Instructies aan de verplegingsinrichtingen, aan de erkende laboratoria voor klinische biologie, aan de verpleegkundigen en alle andere inrichtingen of verstrekkers die gebruik maken van het systeem van aflevering van facturatiebestanden en aan de verzekeringsinstellingen", die via deze link op de RIZIV-website kan worden teruggevonden:

<https://www.inami.fgov.be/nl/professionals/informatie-algemeen/Paginas/instructies.aspx>



Er is specifieke informatie voor de medische huizen opgenomen in bijlage 12 van die brochure.

Wanneer het medisch huis de factuur wil opstellen moet eerst een asynchrone MDA worden gevraagd voor alle patiënten die in het medisch huis zijn ingeschreven. Dat gebeurt ten vroegste op de 1e dag van de maand in kwestie. De factuur wordt automatisch gegenereerd door het softwarepakket zonder manuele invoer van het medisch huis.

De facturatie zal steeds maandelijks plaatsvinden. Het is niet mogelijk om vóór de 1e dag van de maand in kwestie te factureren. Het is mogelijk om de elektronische facturen van verschillende maanden te verzenden maar indien mogelijk moet men voor elke maand een afzonderlijke factuur sturen.

De V.I.'s betalen de facturen ten laatste vijftien dagen nadat ze die hebben ontvangen. Ze gebruiken het factuurnummer van het medisch huis als referentie voor elke betaling om de identificatie en de follow-up van de betalingen te vergemakkelijken.

Een foutenmarge van meer dan 5 % zal de betaling van de elektronische facturatie door de V.I. in kwestie blokkeren. In dat geval moet het medisch huis de fouten corrigeren en de factuur terugsturen naar de VI.

De patiënt wordt automatisch ingeschreven voor het volledige aanbod van het medisch huis. Wanneer een rechthebbende is opgenomen in een zorgvoorziening waar de kinesitherapeutische en/of verpleegkundige zorg reeds ten laste wordt genomen door de verplichte verzekering (cf. omzendbrief medische huizen nr. 1 en omzendbrief V.I. nr. 2005/38-395/238), zal het medisch huis geen recht hebben op een forfaitair bedrag voor die zorg (zie bijzondere gevallen 4.1).

## 4.1| Elektronische facturatie: bijzondere gevallen

### 4.1.1 In geval van hospitalisatie

De toekenning van het forfait voor een ingeschreven persoon die wordt gehospitaliseerd - *exclusief de gevallen van partiële hospitalisatie* -, is gebaseerd op de volgende principes:

Ingeval de hospitalisatie geen volledige kalendermaand beslaat, is het forfait voor die maand verschuldigd. Indien de hospitalisatie wel een volledige kalendermaand beslaat is het forfait voor die maand niet verschuldigd. Wanneer een patiënt alleen in het weekend wordt ontslagen, wordt de hospitalisatie als doorlopend beschouwd en is het forfait dus niet van toepassing (voor alle MKI-zorg).

### 4.1.2 In geval van opname in een rustoord voor bejaarden, een rust- en verzorgingstehuis, een psychisch verzorgingstehuis of een centrum voor dagverzorging. (in geval die opname aanleiding geeft tot de betaling van de tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven)

De toekenning van forfaitaire bedragen voor een ingeschrevene, in het geval van een opname in een rustoord voor bejaarden, een rust- en verzorgingstehuis, een psychiatrisch verzorgingstehuis of een centrum voor dagverzorging, is gesteund op het principe dat ingeval de opname geen volledige kalendermaand beslaat het volledige forfait voor die maand verschuldigd is.

Indien de opname wel een volledige kalendermaand beslaat is voor de opgenomen rechthebbenden, in het geval van een opname in een rust- en verzorgingstehuis, een psychiatrisch verzorgingstehuis of een centrum voor dagverzorging, enkel het forfait voor de huisartsen voor die maand verschuldigd.

In de praktijk, indien de verstrekkingen door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging ten laste worden genomen, factureert het medisch huis het betreffende forfait niet wanneer de rechthebbende gedurende ten minste een volledige kalendermaand in een zorgvoorziening verblijft. In het tegenovergestelde geval factureert het medisch huis het betreffende forfait zonder rekening te houden met het feit dat de rechthebbende in een zorgvoorziening verblijft.

#### Concrete gevallen:

Wanneer het verblijf een volledige kalendermaand beslaat, in geval van opname:

- in een rust- en verzorgingstehuis, is voor de opgenomen rechthebbenden enkel het forfait voor de huisartsen voor die maand verschuldigd;
- in een psychiatrisch verzorgingstehuis, is voor de opgenomen rechthebbenden enkel het forfait voor de huisartsen voor die maand verschuldigd;
- in een centrum voor dagverzorging, zijn voor de opgenomen rechthebbenden de forfaits voor de huisartsen voor die maand verschuldigd;
- in een initiatief voor beschut wonen, zijn voor de opgenomen rechthebbenden de forfaits voor de huisartsen, de verpleegkundigen en de kinesitherapeuten voor die maand verschuldigd.

Voorziening	Verpleegkundige zorg	kinesithérapie
<b>Rust en Verzorgingstehuis (RVT)</b>	ja	ja (*)
<b>Rustoord voor Berjaarden (ROB) NL</b>	ja	ja (*)
<b>ROB Bxl-W</b>	ja	nee (**)
<b>Psychiatrisch Verzorgingstehuis (PVT)</b>	ja	ja
<b>Centrum voor Dagverzorging (CDV)</b>	ja	ja
<b>Initiatief voor beschut wonen</b>	Neen	Neen

(\*) Als een lid in een Vlaamse instelling verblijft :

- met een B, C, Cd, D profiel (ROB, RVT of centrum voor dag verzorging) -> kinesithérapie kan niet langer gefactureerd worden via de nomenclatuur kinesithérapie (artikel 7)
- met een A, O profiel (ROB of centrum voor dag verzorging) -> kinesithérapie kan nog steeds gefactureerd worden via de nomenclatuur kinesithérapie (artikel 7)

(\*\*) Er bestaan vaak bijzondere overeenkomsten (zie HR van de ROB's)

Voor de zorgvoorzieningen waar de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging geen verstrekkingen ten laste neemt en geen keuze van de zorgverlener aan de patiënt laat (bijvoorbeeld op basis van een kopie van het huishoudelijk reglement waarover de rechthebbende zijn akkoord heeft gegeven), wordt een door de patiënt en door een verantwoordelijke van de zorgvoorziening ondertekend document aan de verzekeringsinstelling bezorgd (bijlage 4). De verzekeringsinstelling zal de afwezigheid van het forfait "Medisch Huis" voor de desbetreffende verstrekkingen registreren .

Wanneer het verblijf een volledige kalendermaand beslaat, in geval van opname:

in een rustoord voor bejaarden in het Waalse of Brusselse gewest is voor opgenomen rechthebbenden enkel het forfait voor de huisartsen en voor de kinesitherapeuten voor die maand verschuldigd.

Gedurende de facturatieprocedure kan het MH kiezen welke forfaitaire bedragen het factureert en op die manier de facturatie tot het forfait waarop het recht heeft, beperken (zie bovenstaande tabel). Het

uitvinken heeft enkel een invloed op de financiële flux tussen het medisch huis en de V.I. en heeft geen weerslag op de rechten van de patiënt (namelijk het recht op terugbetaling). Er is geen foutboodschap wanneer het medisch huis geen forfaitair bedrag voor een bepaalde discipline factureert waarop het recht heeft.

De V.I.'s controleren of een patiënt werkelijk in een van die 6 instellingen wordt verzorgd. In geval van facturatie van de zorg die al door die instellingen wordt ten laste genomen zal de facturatie worden geweigerd. Doordat die instellingen in de meeste gevallen zijn geregionaliseerd is er soms een vertraging in de uitwisseling van de informatie tussen de geregionaliseerde entiteiten en de V.I.'s, hetgeen kan verklaren waarom de V.I. soms eerst de betaling van de 3 forfaits zal aanvaarden om dan later het betaalde bedrag voor één of twee forfaits te kunnen terugvorderen als blijkt dat de patiënt inderdaad in een van die instellingen verbleef. Naargelang de V.I. zal het bedrag ofwel bij de facturatie worden teruggevorderd ofwel zal de V.I. een brief sturen met de vraag om het onverschuldigde bedrag terug te betalen.

## 4.2 Wie contacteren in geval van problemen?

Het eerste aanspreekpunt is altijd de softwareleverancier.

In geval van specifieke problemen met een verzekeringsinstelling kunt u de helpdesk van de betrokken verzekeringsinstelling contacteren, door de MyCareNet-dienst te vermelden waarmee u problemen ondervindt (abonnement, MDA, facturatie), uw RIZIV-nummer en de datum van verzending:

- V.I. 100: [Single point of contact \(SPOC\)](#)
- V.I. 200: [mhmm200@union-neutre.be](mailto:mhmm200@union-neutre.be)
- V.I. 300 en V.I. 400: [helpdesk.carenet@socmut.be](mailto:helpdesk.carenet@socmut.be)
- V.I. 500 [mycarenet@mloz.be](mailto:mycarenet@mloz.be)
- V.I. 600: [helpdesk.carenet@caami-hziv.fgov.be](mailto:helpdesk.carenet@caami-hziv.fgov.be)
- V.I. 900: [900-carenet-mycarenet@hr-rail.be](mailto:900-carenet-mycarenet@hr-rail.be)

## 4.3 Technische documentatie (voornamelijk voor de softwareleverancier)

Aanvullende informatie en technische documentatie over de 3 hierboven vermelde MyCareNet-diensten zijn beschikbaar op de MyCareNet Sharepoint (alleen toegankelijk voor softwareproducenten) of op de MyCareNet-website: <https://ned.mycarenet.be/>

Veelgestelde vragen over de elektronische facturatie voor medische huizen worden beantwoord op <https://ned.mycarenet.be/faq>

Alle informatie over de lay-out en de inhoud van het elektronisch facturatiebestand kan worden geraadpleegd in de brochure "*Instructies aan de verplegingsinrichtingen, aan de erkende laboratoria voor klinische biologie, aan de verpleegkundigen en alle andere inrichtingen of verstrekkers die gebruik maken van het systeem van aflevering van facturatiebestanden en aan de verzekeringsinstellingen*", die via deze link op de RIZIV-website kan worden teruggevonden:

[https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/instructies\\_elektronische\\_facturatiegegevens.pdf](https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/instructies_elektronische_facturatiegegevens.pdf). Er is specifieke informatie voor de medische huizen opgenomen in bijlage 12 van die brochure.

## 5. Facturatie van uitbestede zorg aan medische huizen en vergoeding hiervan door de medische huizen

Het algemene principe van opvolging en facturatie van zorg geleverd door externe zorgverleners aan patiënten ingeschreven in een medisch huis, bestaat erin om geen verschil te maken met patiënten die verzorgd worden in het "systeem per prestatie".

Daarom wordt, zoals vereist door de beroepsethiek van de betrokken sectoren, de relevante informatie via de gebruikelijke beveiligde kanalen (eHealth, fax, post of telefoon) doorgegeven aan het medisch huis. Het medisch huis registreert deze informatie in het Elektronisch Medisch Dossier van de betrokken patiënten.

Aangezien patiënten in forfaitaire medische huizen geen getuigschrift hoeven te krijgen voor prestaties die onder het maandelijkse forfait vallen, is er geen reden om hen een bewijsdocument te geven. Hetzelfde geldt voor uitbestede zorg. Dit is het principe.

De Commissie belast met de toepassing van de reglementering betreffende de forfaitaire betaling van sommige verstrekkingen beveelt toch aan om een getuigschrift af te geven (dat de gegevens van de patiënt, de verstrekker, de datum en het type verstrekte zorg (nomenclatuur) bevat). Getuigschriften, op "papier" of "e-attest", worden ofwel door de patiënt ofwel rechtstreeks door de therapeut naar het medisch huis van de patiënt gestuurd.

Wachtposten kunnen rechtstreeks factureren (zonder getuigschrift, maar met de opvolgingsgegevens - gegevens van de patiënt en de zorgverstrekker, datum en soort zorg (nomenclatuur)) aan het medisch huis waar de patiënt is ingeschreven (gelijke behandeling als bij raadplegingen via derde betalingsregeling voor patiënten met verhoogde tegemoetkoming in het "systeem per prestatie"). Dit geldt ook voor teleconsultaties.

Prestaties die niet onder het forfait vallen of prestaties die tijdens de eerste maand of maanden van aansluiting (=tijdens de registratieperiode) worden verleend vormen een uitzondering op bovenstaande.

In deze gevallen zijn de algemene regels van toepassing:

Afgifte van een getuigschrift voor verstrekte hulp aan de patiënt (of enkel het gedeelte "Ontvangstbewijs" met vermelding "0 euro" indien directe facturatie wordt toegepast in het papieren circuit);

Afgifte van een bewijsstuk in geval van elektronische facturatie (eFact/eAttest) via de software van de instelling.

Aangezien bij de forfaitaire financiering van de medische huizen nooit remgeld werd opgenomen dat van patiënten kan worden geëist, is het algemene principe dat bij terugbetaling van de zorg door de medische huizen, zowel aan patiënten als aan externe therapeuten, remgeld wordt uitgesloten.

Zoals benadrukt in het inschrijvingsdocument, dat wordt ondertekend door elke patiënt die in het forfaitaire systeem stapt (bijlage bij de RIZIV-omzendbrief 21 over e-facturering van 24/06/2021, bevestigd door de RIZIV- omzendbrief 22 van september 2022), moet voor zorg die buiten de wachtdiensten aan de bevolking wordt verleend, een onderscheid worden gemaakt voor zorg die gewoonlijk door het medisch huis wordt verleend en die niet kan worden verleend (om verschillende redenen zoals ziekte/afwezigheid van een zorgverlener, "verloven" binnen het medisch huis, etc.).

In dergelijke gevallen zal het medisch huis de patiënt doorverwijzen naar een externe zorgverlener en de volledige kosten betalen (inclusief remgeld of eventuele supplementen).

## 6. Boekhoudkundige verwerking tussen de verzekeringsinstellingen en het RIZIV

Deze verwerking werd geregeld in de omzendbrief V.I. nr. 83/159-62/58&63/49 van 19 april 1983 ("Akkoorden gesloten met het oog op de forfaitaire betaling van de verstrekkingen in de gezondheidscentra").

De volgende codenummers werden ingevoerd:

Pseudocodenummer N-documenten

1) forfait medische zorg	109616	Groep 3
2) forfait kinesitherapie	509611	Groep 19
3) forfait verpleegkunde	409614	Groep 9

Aangezien de bedragen verschuldigd zijn per ingeschrevene per maand, zal onder "aantal gevallen" het "aantal maanden" worden verstaan.

### 6.1 Honoraria voor het gebruik van het Opstarttraject voor een patiënt met diabetes mellitus type 2

Voor elke follow-up betaalt de verzekeringsinstelling één keer per kalenderjaar het honorarium voor het opstarttraject diabetes type 2 (pseudocodenummer 400396).

Dit veronderstelt dat de arts de voorafgaande voorwaarden naleeft, waaronder

- o de registratie van de klinische en biologische gegevens in het GMD-dossier van de betrokken patiënten, zoals omschreven in <https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/zorgkwaliteit/Paginas/diabetes-type-2-generiek-zorgmodel.aspx>
- o Gepaste zorg aanbieden, gebaseerd op de evidence based aanbevelingen voor goede praktijkvoering (EBM)
- o Samen met die patiënten hun individuele doelstellingen analyseren en die in hun GMD registreren.

De jaarlijkse facturatie maakt deel uit van de forfaitaire facturatie. Er is geen bijkomende actie van het medisch huis vereist.

Het bedrag van het honorarium is het tarief dat geldt op 1 januari van het jaar (j).

### 6.2 Precisering facturatie GMD

Het GMD wordt, op datum van inschrijving, geopend voor elke rechthebbende die bij het medisch huis is ingeschreven en wordt beheerd door de artsen van het medisch huis. Therapeutische relaties (van het GMD-type) worden uitgebreid naar alle huisartsen die lid zijn van de groepspraktijk die vermeld staat in de "ad hoc" tabel op Progezondheid. Het GMD begint te lopen vanaf de inschrijving van de patiënt in het forfaitair systeem en het eindigt van zodra de inschrijving van de patiënt in het forfaitair systeem afloopt. Sinds 01/05/2013 wordt het bedrag van het GMD (code 102771), uitgesplitst in twaalfden, in het forfait opgenomen dat maandelijks door de VI's wordt betaald.

Deze opsplitsing in twaalfden voor de betaling van het GMD impliceert dat de betaling van forfaitaire bedragen (waarin het GMD-tarief is inbegrepen) voor één of meer maanden voor een rechthebbende niet uitsluit dat in hetzelfde kalenderjaar voor dezelfde rechthebbende het GMD-tarief nog kan worden betaald aan een huisarts die werkt per handeling en voor het overige voldoet aan de wettelijke voorwaarden. Dit sluit evenmin uit dat indien tijdens een kalenderjaar een honorarium voor GMD-beheer werd betaald aan een huisarts die werkt "per prestatie" voor een rechthebbende die zich nadien inschrijft bij een medisch centrum, de maandelijkse forfaitaire bedragen (waarin het GMD-tarief is inbegrepen) zullen worden betaald aan het medisch huis.

Sinds 1 januari 2016 is het bedrag van het globaal medisch dossier (GMD) verhoogd als de patiënt tussen 45 en 74 jaar oud is en het statuut "chronische aandoening" heeft.

Sinds 1 januari 2022 is de leeftijdsgroep uitgebreid tot patiënten tussen 30 en 85 jaar. Deze uitbreiding is een gevolg van het Nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen 2022-2023.

Dit bedrag (GMD-toeslag) wordt 1 keer per jaar automatisch betaald door de verzekeringsinstellingen buiten het maandelijks forfait.

Het GMD bestaat sinds 01/05/1999 (als gevolg van de Medicomut overeenkomst van 15/12/1998). Het Koninklijk Besluit van 29/05/2000 definieert het concept en de inhoud.

Het globaal medisch dossier bevat de socio-administratieve gegevens van de patiënt, zijn voorgeschiedenis, een lijst van zijn problemen, verslagen van arts-specialisten en andere zorgverleners, en onderhoudsbehandelingen. De persoonlijke notities van de arts maken geen deel uit van het globaal medisch dossier.

NB: over het juiste gebruik van het GMD: zie de aanbevelingen die in maart 2010 zijn opgesteld door de CNPQ - Werkgroep Huisartsgeneeskunde (RIZIV).

## 7. Bekwaming van de therapeuten en specifieke bepalingen:

### 7.1 Conventionering

Elke zorgverlener in het forfaitair systeem treedt toe tot de overeenkomsten of akkoorden over de tarieven.

### 7.2 Registratie in Progezondheid

Elke in- of uitstap in het forfaitair systeem moet worden geregistreerd door de zorgverlener (bevestigd door het medisch huis) – of door het medische huis (bevestigd door de zorgverlener) in het repertorium "mijn groeperingen" in Progezondheid, uiterlijk een maand nadat de zorgverlener in of uit het forfaitair systeem stapt.

Als u problemen hebt met de bevestiging van de in- of uitstap in het forfaitair systeem, kunt u contact opnemen met de dienst via e-mail op [mh-mm@riziv-inami.fgov.be](mailto:mh-mm@riziv-inami.fgov.be) of telefonisch op 02/739.74.79.

### 7.3 Accreditering

Elke zorgverlener die de huisartsgeneeskunde beoefent in het forfaitair systeem voldoet aan de accrediteringsvoorwaarden uiterlijk een jaar nadat hij/zij deel uitmaakt van de groep van zorgverleners van het medisch huis.

## 7.4 Vervangingen

Vervangingen van meer dan 30 dagen moeten door de zorgverlener worden geregistreerd en bevestigd door het medisch huis in de databank Progezondheid, uiterlijk binnen de maand die volgt op hun indiensttreding. Na deze termijn kan de verstrekker niet meer attesteren per prestatie.

## 7.5 Specifieke bepalingen diabeteseducatie voor de zorgtrajecten :

De regelgeving voor alle zorgverleners met een bijkomende opleiding van diabeteseducator, ook voor de verpleegkundigen, is opgenomen in de nomenclatuur van de revalidatieverstrekingen (KB van 1 maart 2018 tot wijziging van het KB van 10 januari 1991 tot vaststelling van de nomenclatuur van de revalidatieverstrekingen). Sinds 1.5.2018:

- Mag een verpleegkundige diabeteseducator die is toegetreden tot het systeem van de forfaitaire betaling van sommige verstrekingen diabeteseducatieverstrekingen aanrekenen voor patiënten met een zorgtraject diabetes type 2, ongeacht of ze in een medisch huis met forfaitaire betaling zijn ingeschreven of niet.
- Zal de patiënt met een zorgtraject diabetes type 2 die is ingeschreven in een medisch huis met forfaitaire betaling door zijn verzekeringsinstelling worden vergoed voor de diabeteseducatieverstrekingen die hem werden verleend door een diabeteseducator ongeacht of die zorgverlener is toegetreden tot het systeem van forfaitaire betaling van sommige verstrekingen of niet.

## 7.6 Specifieke bepalingen diabeteseducatie voor het *Opstarttraject voor een patiënt met diabetes mellitus type 2 (vanaf 1 januari 2024) - vervangt de bestaande Voortraject vanaf 01/05/2018*

De huisarts vraagt het opstarttraject aan voor de patiënt die hiervoor in aanmerking komt. De vergoeding voor het beheer van dit traject (nomenclatuurnummer 400396) wordt jaarlijks uitbetaald aan het medisch huis.

De regelgeving voor alle zorgverleners met een bijkomende opleiding tot diabeteseducator, waaronder verpleegkundigen, zijn sinds 01/05/2018 opgenomen in de nomenclatuur van de revalidatieverstrekingen (KB van 1.3.2018 tot wijziging van het KB van 10.1.1991 tot vaststelling van de nomenclatuur van de revalidatieverstrekingen).

Sinds 1 januari 2024 komen diabeteseducatieverstrekingen in verband met het opstarttraject voor een type 2-diabetespatiënt in aanmerking voor een terugbetaling als ze worden verstrekt aan een type 2-diabetespatiënt van wie de huisarts het opstarttraject eerder heeft gefactureerd tijdens het kalenderjaar of het voorgaande kalenderjaar. Deze verstrekingen mogen worden verleend door diëtisten, diabeteseducatoren, verpleegkundigen, kinesitherapeuten of apothekers.

- Vanaf 1 januari 2024 mag een verpleegkundige diabeteseducator en/of een verpleegkundige die is toegetreden tot een medisch huis diabeteseducatieverstrekingen aanrekenen voor type 2-diabetespatiënten van wie de huisarts het opstarttraject eerder heeft gefactureerd tijdens het kalenderjaar of het

voorgaande kalenderjaar, ongeacht of ze zijn ingeschreven in een medisch huis met forfaitaire betaling of niet.

- De patiënt met een “Opstarttraject voor een patiënt met diabetes mellitus type 2” die is ingeschreven in een medisch huis met forfaitaire betaling zal door zijn verzekeringsinstelling worden vergoed voor de diabeteseducatieverstrekingen ivm het opstarttraject voor een patiënt met diabetes mellitus type 2 die hem werden verleend door een diabeteseducator, ongeacht of die zorgverlener is toegetreden tot een medisch huis of niet.

## 8. Opstellen van aanvullende gegevens

### 8.1 Evaluatieschalen

De medische huizen maken alle evaluatieschalen (T2 (toilet 2x/week), T7 (toilet 7x/week), Forfait A, B en C - op papier) en alle wijzigingen en hernieuwingen van de evaluatieschalen zoals bepaald in bijlage 3 van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22,11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 betreffende hun ingeschreven rechthebbenden aan de verzekeringsinstellingen over. De evaluatieschalen zijn maximaal 3 maanden geldig.

Indien dit van toepassing is, delen de medische huizen aan de verzekeringsinstellingen mee in het activiteitenverslag dat het volgende jaar wordt ingediend, dat voor geen van hun ingeschreven rechthebbenden een evaluatieschaal is opgemaakt.

De medische huizen zullen maandelijks de Katz-schalen naar de verzekeringsinstellingen sturen bij de adviserend arts van elke federatie (voor de schalen ingevuld tijdens de periode / één groepsmailing per maand). De medische huizen zorgen er ook voor dat zij aangeven dat de verzekerde in een medisch huis is ingeschreven. In gevallen waarin de medische huizen nieuwe Katz-schalen moeten toezenden wanneer zij een wijziging in de mate van afhankelijkheid van een (of meer) van hun leden constateren, zal dit in dezelfde mailing gebeuren.

De verzekeringsinstellingen registreren de evaluatieschalen en de informatie die eruit voortvloeit zodat de commissie kan beslissen op welke manier deze kunnen worden aangewend voor de berekening van de forfaitaire bedragen en om de hieruit afgeleide rechten van patiënten te waarborgen.

De indexering wordt niet toegepast op het M-forfait (huisartsgeneeskunde) als het medisch huis geen informatie over de evaluatieschalen meedeelt.

Indien nodig wordt het deel van de indexeringsmassa verdeeld over de M-forfaits (huisartsgeneeskunde) van de andere medische huizen.

Het niet opmaken en verzenden van Katz-schalen wordt geregistreerd in het activiteitenverslag voor het jaar T+1.



## 8.2 Activiteitenverslag en financieel verslag

Ten laatste op 31 juli van ieder jaar maakt het medisch huis een activiteitenverslag en een financieel verslag met betrekking tot het voorgaande jaar over aan de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering en aan de commissie via e-mail (mh-mm@riziv-inami.fgov.be). Het activiteitenverslag bevat alle noodzakelijke gegevens voor de controle op het specifieke gebruik van de financiële middelen die voortvloeien uit de betaling van de forfaitaire bedragen. Het laat ook toe om na te gaan of de zorgverleners van het medisch huis aan de accrediteringsvoorwaarden voldoen.

De inhoud en het model van het activiteitenverslag en van het financieel verslag worden bepaald door het Verzekeringscomité op basis van een voorstel van de Commissie voor het Forfait.

Indien uit de verslagen van de eerste twee jaren blijkt dat het medisch huis de bepalingen van dit besluit of van het akkoord niet naleeft, kunnen de verzekeringsinstellingen mits een opzegtermijn van minstens zes maanden het akkoord opzeggen.

In geval van manifest misbruik of schending van het akkoord voor forfaitaire betaling van sommige geneeskundige verstrekkingen kunnen de V.l.'s het akkoord per aangetekende brief opzeggen met een opzegtermijn van drie maanden zonder de verslagen van de eerste twee jaar af te wachten, op voorwaarde dat het medisch huis de mogelijkheid heeft gehad om vooraf te worden gehoord over de elementen die aan de basis van de opzegging liggen en dat de commissie hiermee instemt met een tweederdemeerderheid van de leden, bedoeld in artikel 32, § 1, 1° 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 met een tweederdemeerderheid van de leden, bedoeld in artikel 32, § 1, 2° van voornoemd koninklijk besluit.

## 8.3 Gegevens die het medisch huis moet opstellen in samenwerking met de verzekeringsinstellingen

In toepassing van de tekst van het akkoord is het medisch huis gebonden voor iedere ingeschreven rechthebbende de aan hem verleende verstrekkingen en andere gegevens te registreren.

Aan deze bepaling kan worden voldaan door het in samenwerking met de verzekeringsinstellingen opstellen van de volgende reeks individuele staten:

- een lijst, per datum, met de in het forfaitair bedrag voorziene medische en paramedische verstrekkingen, verricht door het medisch huis;
- een lijst, per datum, met de in het forfaitair bedrag niet voorziene medische verstrekkingen, verricht door het medisch huis (technische geneeskundige verstrekkingen, speciale verzorging, verlossingen...);
- een lijst, per datum, met de in het forfaitair bedrag niet voorziene, voorgeschreven paramedische verstrekkingen;
- een lijst, per datum, met de verwijzingen naar beoefenaars van de geneeskunde, niet verbonden aan het medisch huis (inbegrepen de voorgeschreven verstrekkingen voor röntgendiagnose, klinische biologie en nucleaire geneeskunde);

- een lijst, per datum, met de voorgeschreven geneesmiddelen, terugbetaalbaar in het kader van de ziekteverzekering;
- een lijst met periodes van hospitalisatie;
- een lijst met de periodes van opname in een rustoord voor bejaarden, een rust- en verzorgingstehuis, een psychiatrisch verzorgingstehuis of een centrum voor dagverzorging en die aanleiding geeft tot de betaling van de tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven;
- een lijst met de verstrekkingen, die vallen onder het forfaitair bedrag, verricht buiten het kader van de werking van het medisch huis, en waarvan de last, in toepassing van artikel 6 van het akkoord, door het medisch huis wordt gedragen.

## 8.4 Gegevens die door de verzekeringsinstellingen moeten worden opgesteld

De verzekeringsinstelling zal op 30 juni van elk jaar statistische tabellen opstellen zodat het RIZIV het aantal ingeschreven rechthebbenden bij een medisch huis kan evalueren. En specifiek per medisch huis een lijst van ingeschreven patiënten (inclusief de rechthebbenden die "niet in orde zijn"). Deze lijst die aan het secretariaat van de commissie wordt bezorgd zal dienen als basis voor de jaarlijkse verdeling van het aantal vertegenwoordigers van de medische huizen in de Commissie voor het Forfait.

De structuur van die tabellen zal worden bepaald en daarna regelmatig worden herzien in de Commissie voor Informatieverwerking van de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het RIZIV en worden bekendgemaakt in de vorm van een omzendbrief V.I.

De gegevens worden ten laatste op 31 oktober van het betreffende jaar aan het RIZIV overgemaakt.

## 9 Bijlagen:

Bijlage 1 – Nieuwe – document inschrijving van een rechthebbende (inschrijvingsformulier - omz. 21 van 24.6.2021)

bijlage 2 New - document kennisgeving van het einde van de inschrijving, beslissing van de ingeschreven persoon (Uitschrijvingsformulier patiënt - omz. 21 van 24.6.2021)

bijlage 3 New - document kennisgeving van het einde van de inschrijving, beslissing van het medisch huis (Uitschrijvingsformulier MH - omz. 21 van 24.6.2021)

bijlage 4 New - document partiële inschrijving in geval van verblijf in een zorgvoorziening ROB Bxl-W voor het K-forfait