

Dienst voor geneeskundige verzorging

Correspondent: Annelies Degraeve
Attaché
Tel.: 02/739.78.45
E-Mail: Annelies.Degraeve@riziv.fgov.be
Onze Referte:

Brussel, 23 maart 2012

Betreft: Ambulante betalingsverbintenis – uitgewerkte voorbeelden.

1. Algemene principes (zie Omz. Zh 2011/12, VI 2011/293)

De betalingsverbintenis is een mechanisme dat, in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, voorzien is in artikel 53 van de GVVU-wet en in artikel 159bis van het KB van 3 juli 1996. Dit mechanisme is, in principe, van toepassing voor alle zorgverleners, behalve voor de ziekenhuisopname waarvoor andere bepalingen bestaan. De huidige omzendbrief is echter specifiek gericht op de problematiek van de facturatie van ambulante prestaties van de ziekenhuizen.

Principe Het ziekenhuis dat geniet van een betalingsverbintenis uitgaande van een verzekeringsinstelling voor een patiënt, heeft de garantie dat de verzekeringsinstelling de betaling van de prestaties niet zal weigeren om redenen gekoppeld aan de verzekerbaarheid van de patiënt.

Voorwaarden Het ziekenhuis moet de verzekerbaarheidsgegevens van de patiënt via het elektronisch netwerk geraadpleegd hebben en moet diezelfde gegevens in het kader van een elektronische facturatie in derdebetalersregeling gebruikt hebben en de referentiegegevens van de netwerkconsultatie vermeld hebben.

Toepassing De verzekeringsinstelling die bij de controle van de factuur een discrepantie vaststelt tussen het statuut van de patiënt (RVV/niet-RVV) op de factuur van het ziekenhuis (dit statuut wordt met het 3^{de} cijfer van de code gerechtigde 1 bepaald) en die gekend is in hun bestand, zal de referenties van de netwerkconsultatie verifiëren. Als blijkt dat het ziekenhuis wel degelijk gefactureerd heeft in functie van de verzekerbaarheidsgegevens bekomen via de netwerkconsultatie, zal de verzekeringsinstelling het ziekenhuis betalen en de situatie regulariseren met zijn verzekerde.

Als er geen discrepantie is tussen het statuut van de patiënt (RVV/niet-RVV) op de factuur van het ziekenhuis en het gekend statuut van de patiënt bij de verzekeringsinstelling, zal de verzekeringsinstelling de referenties van de netwerkconsultatie niet controleren. De vermelding van de netwerkcertificaten is immers niet verplicht, maar in dit geval is er geen betalingsverbintenis.

- Herinnering :** 1) De betalingsverbintenis heeft enkel betrekking op de verzekeraarbaarheid van de patiënt. Het ziekenhuis dat van een betalingsverbintenis geniet is er uiteraard toe gehouden om de specifieke regels met betrekking tot de gefactureerde prestaties na te leven (bv. kwalificatie van de verstrekker...)
- 2) Onder “verzekeraarheidsgegevens” verstaat men het recht op tussenkomst van de verplichte verzekering en het tegemoetkomingstarief (gewone verzekerde of rechthebbende op de verhoogde tegemoetkoming). Als een verschil in de code gerechtigde (CG1-CG2) tot geen enkel verschil in de toegepaste tarieven leidt, mag de factuur niet om deze reden verworpen worden (voorbeelden: CG 130-130 in plaats van 110-110 of 111-111 in plaats van 131-131).

De verzekeraarheidsgegevens, aangevraagd op dag x, voor een bepaalde periode, blijven onbeperkt geldig voor alle verstrekkingen verricht tijdens deze periode, onafgezien van de facturatedatum (uiteraard onder voorbehoud van de verjaring voorzien in het artikel 174 van de GVU-wet).

De aangevraagde periode kan een afgesloten periode (van ... tot) of een openstaande periode zijn, die doorloopt naar de toekomst (maximum x + 30 kalenderdagen).

In dit geval blijven, volgens artikel 159bis van het KB van 3/7/1996, de verzekeraarheidsgegevens in principe geldig voor de rest van de kalendermaand waarin de netwerkconsultatie plaatsvond.

Evenwel, zoals artikel 159bis het toelaat, heeft de Overeenkomsten Commissie Ziekenhuizen - Verzekeringsinstellingen, voor haar sector, deze termijn vastgesteld op : dag x + 30 kalenderdagen.

Een ziekenhuis dat reeds een eerste netwerkconsultatie heeft gedaan (bv. op prestatiedatum voor de verwerking van de patiëntenfactuur) kan eventueel (net vóór de facturatedatum van de factuur VI) een nieuwe netwerkconsultatie van de verzekeraarbaarheid doen voor dezelfde prestatiedatum.

De gegevens van deze 2^{de} netwerkconsultatie (CG1/CG2 en certificaat) kunnen voor de facturatie aan de verzekeringsinstelling gebruikt worden, tenzij er reeds remgeld aan de patiënt aangerekend werd op basis van de eerste consultatie en dit remgeld niet overeenstemt met de verzekeraarheidsgegevens die bij deze 2^{de} netwerkconsultatie bekomen werden.

In dit laatste geval moet men terugvallen op de betalingsverbintenis die bij de eerste netwerkconsultatie bekomen werd.

Het is mogelijk dat een factuur voor eenzelfde patiënt moet opgesplitst worden over meerdere facturen, omdat er meerdere netwerkcertificaten zijn (behandelingen verspreid over een periode langer dan 30 dagen). Dit heeft uiteraard als nadeel dat de factuur aan de patiënt ook moet opgesplitst worden.

Wij herinneren er u aan krachtens art. 53 van de wet van 14/7/1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, de zorgverleners van wie de verstrekkingen aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verzekering zijn ertoe gehouden aan de rechthebbenden of, bij toepassing van de derdebetalersregeling, aan de verzekeringsinstellingen, een getuigschrift voor verstrekte hulp of van aflevering of een gelijkwaardig document uit te reiken waarvan het model door het Verzekeringscomité wordt vastgesteld.

De zorgverlener moet die documenten zodra mogelijk, en uiterlijk binnen een door de Koning vastgestelde termijn, overhandigen.

Een administratieve boete van 25 tot 250 EURO wordt opgelegd voor elke overtreding begaan door de zorgverlener.

Het KB van 19 MEI 1995 (tot uitvoering van de artikelen 53 en 168 van de wet betreffende verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen) bepaalt dit als volgt :

“art.1: Het getuigschrift voor verstrekte hulp of van aflevering of een gelijkwaardig document dient door de zorgverlener overhandigd te worden aan de rechthebbende of aan de verzekeringsinstelling uiterlijk binnen een termijn van twee maanden volgend op het einde van de maand waarin de verstrekkingen werden verleend. Nochtans als het driemaandelijks opmaken van de factuur toegelaten is krachtens de reglementaire bepalingen loopt de termijn, bedoeld in het eerste lid, vanaf het einde van het kwartaal waarop de factuur betrekking heeft.

Wanneer in de overeenkomsten en akkoorden bedoeld in titel III, hoofdstuk V, van de voornoemde wet, een termijn werd vastgesteld voor het overhandigen van het getuigschrift voor verstrekte hulp of van aflevering of een gelijkwaardig document, blijft deze termijn van toepassing tot de vervaldatum van voornoemde overeenkomsten en akkoorden. Elke overeenkomst en elk akkoord afgesloten na de inwerkingtreding van dit besluit zal moeten in overeenstemming zijn met de termijn voorzien in het eerste lid.

art. 2: Vaststellingen waaruit het bestaan van een in artikel 1 bedoelde inbreuk kan blijken, worden gedaan door de personen die bevoegd zijn tot het opstellen van proces-verbaal krachtens artikel 169 van de voornoemde wet.

art. 3: Ten laste van de zorgverlener in wiens hoofde een inbreuk bedoeld in artikel 1 werd vastgesteld, wordt een administratieve geldboete uitgesproken van 1.000 frank per maand vertraging zonder dat het bedrag van de geldboete 10.000 frank per document mag overschrijden”.

2. Uitgewerkte voorbeelden die deze principes illustreren

Voorbeeld 1

Patiënt heeft ambulante behandelingen op 5/3/2011, 7/3/2011, 15/3/2011, 20/3/2011, 5/4/2011 en 20/4/2011.

De verzekeraar wijzigt op 1/5/2011 met terugwerkende kracht vanaf 1/4/2011: CG 120/120 wordt 121/121.

Het ziekenhuis ontvangt het remgeld van de patiënt via maandelijksse patiëntenfacturen. De ZIV-tegemoetkoming wordt afgerekend in derdebetaler na beëindiging van het behandelingsplan.

Er worden tussentijdse patiëntenfacturen opgemaakt op 9/3/2011, 25/3/2011 en 25/4/2011. Voorafgaand aan iedere patiëntenfactuur wordt een netwerkconsultatie gedaan om te weten welk remgeld aan de patiënt mag aangerekend worden:

- Op 8/3/2011 voor de prestaties van 5/3/2011 en 7/3/2011:
aangevraagde verzekeraar voor periode 1/1/2011 tot en met 7/4/2011 (8/3/2011 + 30 kalenderdagen”) = 120/120;
nr. akkoord betalingsverbintenis1
→ remgeld zonder voorkeurregeling
- Op 24/3/2011 voor de prestaties van 15/3/2011 en 20/3/2011:
aangevraagde verzekeraar voor periode 1/1/2011 tot en met 23/4/2011 (24/3/2011 + 30 kalenderdagen”) = 120/120;
nr. akkoord betalingsverbintenis2
→ remgeld zonder voorkeurregeling
- Op 24/4/2011 voor de prestaties van 5/4/2011 en 20/4/2011:
aangevraagde verzekeraar voor periode 1/1/2011 tot en met 24/5/2011 (24/4/2011 + 30 kalenderdagen”) = 120/120;
nr. akkoord betalingsverbintenis3
→ remgeld zonder voorkeurregeling

De factuur aan de VI wordt opgemaakt op 3/5/2011, verzonden op 4/5/2011 en verwerkt bij de VI op 7/5/2011.

Er wordt een nieuwe netwerkconsultatie gedaan op 2/5/2011:

Aangevraagde verzekeraarperiode: 1/1/2011 tot en met 1/6/2011 (2/5/2011 + 30 kalenderdagen”) =

periode 1/1/2011 tot en met 31/3/2011 = 120/120; nr. akkoord betalingsverbintenis4

periode 1/4/2011 tot en met 1/6/2011 = 121/121; nr. akkoord betalingsverbintenis5

Vermits de prestaties van 5/4/2011 en 20/4/2011 reeds aan de patiënt gefactureerd werden met CG=120/120 (remgeld zonder voorkeurregeling), moeten ze op dezelfde manier aan de VI gefactureerd worden. De betalingsverbintenis5 kan dus niet gebruikt worden. Er moet voor deze prestaties teruggevallen worden op de netwerkconsultatie van 24/4/2011 (betalingsverbintenis3) of de netwerkconsultatie van 24/3/2011 (betalingsverbintenis 2) geldig voor de prestaties tot en met “24/3/2011 + 30 kalenderdagen”.

Voor de prestaties van 5/3/2011, 7/3/2011, 15/3/2011 en 20/3/2011 kan betalingsverbintenis4 gebruikt worden. Een alternatief is om ook voor deze prestaties terug te grijpen naar de betalingsverbintenissen die bekomen werden bij opmaak van de patiëntenfacturen (betalingsverbintenis1, betalingsverbintenis2) of de betalingsverbintenis3.

In theorie zijn er dus verschillende mogelijkheden:

Optie 1:

Factuur 1 met prestaties 5/3/2011, 7/3/2011, 15/3/2011 en 20/3/2011 met CG 120/120 en nr. akkoord betalingsverbintenis4

Factuur 2 met prestaties van 5/4/2011 en 20/4/2011 met CG 120/120 en nr. akkoord betalingsverbintenis3

Optie 2:

Factuur 1 met prestaties 5/3/2011, 7/3/2011, 15/3/2011 en 20/3/2011 met CG 120/120 en nr. akkoord betalingsverbintenis4

Factuur 2 met prestaties van 5/4/2011 en 20/4/2011 met CG 120/120 en nr. akkoord betalingsverbintenis2

Optie 3:

Factuur met prestaties 5/3/2011, 7/3/2011, 15/3/2011, 20/3/2011, 5/4/2011 en 20/4/2011 met CG 120/120 en nr. akkoord betalingsverbintenis2

Optie 4:

Factuur met prestaties 5/3/2011, 7/3/2011, 15/3/2011, 20/3/2011, 5/4/2011 en 20/4/2011 met CG 120/120 en nr. akkoord betalingsverbintenis3

Optie 5:

Factuur 1 met prestaties 5/3/2011, 7/3/2011, 15/3/2011, 20/3/2011 en 5/4/2011 met CG 120/120 en nr. akkoord betalingsverbintenis1 (geldig voor prestaties tot en met “8/3/2011 + 30 kalenderdagen”)

Factuur 2 met prestatie 20/4/2011 met CG 120/120 en nr. akkoord betalingsverbintenis2 (geldig voor prestaties tot en met “24/3/2011 + 30 kalenderdagen”).

Optie 6:

Factuur 1 met prestaties 5/3/2011, 7/3/2011, 15/3/2011, 20/3/2011 en 5/4/2011 met CG 120/120 en nr. akkoord betalingsverbintenis1 (geldig voor prestaties tot en met “8/3/2011 + 30 kalenderdagen”)

Factuur 2 met prestatie 20/4/2011 met CG 120/120 en nr. akkoord betalingsverbintenis3 (geldig voor prestaties tot en met “24/4/2011 + 30 kalenderdagen”).

Optie 7:

Factuur 1 met prestaties 5/3/2011, 7/3/2011, 15/3/2011 en 20/3/2011 met CG 120/120 en nr. akkoord betalingsverbintenis1 (geldig voor prestaties tot en met “8/3/2011 + 30 kalenderdagen”)

Factuur 2 met prestaties van 5/4/2011 en 20/4/2011 met CG 120/120 en nr. akkoord betalingsverbintenis2 (geldig voor prestaties tot en met “24/3/2011 + 30 kalenderdagen”).

Optie 8:

Factuur 1 met prestaties 5/3/2011, 7/3/2011, 15/3/2011 en 20/3/2011 met CG 120/120 en nr. akkoord betalingsverbintenis1 (geldig voor prestaties tot en met “8/3/2011 + 30 kalenderdagen”)

Factuur 2 met prestaties van 5/4/2011 en 20/4/2011 met CG 120/120 en nr. akkoord betalingsverbintenis3 (geldig voor prestaties tot en met “24/4/2011 + 30 kalenderdagen”).

Optie 9:

Factuur 1 met prestaties 5/3/2011, 7/3/2011, 15/3/2011 en 20/3/2011 met CG 120/120 en nr. akkoord betalingsverbintenis2

Factuur 2 met prestaties van 5/4/2011 en 20/4/2011 met CG 120/120 en nr. akkoord betalingsverbintenis3

Optie 10 :

Factuur 1 met prestaties 5/3/2011 en 7/3/2011 met CG 120/120 en nr. akkoord betalingsverbintenis4

Factuur 2 met prestaties 15/3/2011 en 20/3/2011 met CG 120/120 en nr. akkoord betalingsverbintenis1

Factuur 3 met prestaties van 5/4/2011 en 20/4/2011 met CG 120/120 en nr. akkoord betalingsverbintenis3

Optie 11 :

Factuur 1 met prestaties 5/3/2011 en 7/3/2011 met CG 120/120 en nr. akkoord betalingsverbintenis1

Factuur 2 met prestaties van 15/3/2011 en 20/3/2011 met CG 120/120 en nr. akkoord betalingsverbintenis2

Factuur 3 met prestaties van 5/4/2011 en 20/4/2011 met CG 120/120 en nr. akkoord betalingsverbintenis3

In de praktijk is optie 11 de meest logische (zelfde aantal patiëntenfacturen als facturen aan de VI)
De meest eenvoudige is om alle prestaties op éénzelfde factuur te vermelden met CG 120/120 en met nr. akkoord betalingsverbintenis 2 of 3 (optie 3 of 4)

Voorbeeld 2 (variant op voorbeeld 1)

Patiënt heeft ambulante behandelingen op 5/3/2011, 7/3/2011, 15/3/2011, 20/3/2011, 5/4/2011 en 20/4/2011.

Verzekeraar wijzigt op 1/5/2011 met terugwerkende kracht vanaf 1/4/2011: CG 120/120 wordt 121/121.

Het ziekenhuis ontvangt het remgeld van de patiënt contant bij elke behandeling.

De ZIV-tegemoetkoming wordt afgerekend in derdebetaler na beëindiging van het behandelingsplan.

Bij elke behandeling wordt een netwerkconsultatie gedaan om te weten welk remgeld aan de patiënt mag aangerekend worden.

- Op 5/3/2011:
aangevraagde verzekeraar voor periode 1/1/2011 tot en met 4/4/2011 = 120/120;
nr. akkoord betalingsverbintenis1
→ remgeld zonder voorkeurregeling
- Op 7/3/2011:
aangevraagde verzekeraar voor periode 1/1/2011 tot en met 6/4/2011 = 120/120;
nr. akkoord betalingsverbintenis2
→ remgeld zonder voorkeurregeling
- Op 15/3/2011:
aangevraagde verzekeraar voor periode 1/1/2011 tot en met 14/4/2011 = 120/120;
nr. akkoord betalingsverbintenis3
→ remgeld zonder voorkeurregeling
- Op 20/3/2011:
aangevraagde verzekeraar voor periode 1/1/2011 tot en met 19/4/2011 = 120/120;
nr. akkoord betalingsverbintenis4
→ remgeld zonder voorkeurregeling

- Op 5/4/2011:
aangevraagde verzekeraarbaarheid voor periode 1/1/2011 tot en met 5/5/2011 = 120/120;
nr. akkoord betalingsverbintenis5
→ remgeld zonder voorkeurregeling
- Op 20/4/2011:
aangevraagde verzekeraarbaarheid voor periode 1/1/2011 tot en met 20/5/2011 = 120/120;
nr. akkoord betalingsverbintenis6
→ remgeld zonder voorkeurregeling

De factuur aan de VI wordt opgemaakt op 3/5/2011, verzonden op 4/5/2011 en verwerkt bij de VI op 7/5/2011.

Er wordt een nieuwe netwerkraadpleging gedaan op 2/5/2011:

Aangevraagde verzekeraarheidsperiode: 1/1/2011 tot en met 1/6/2011 =

periode 1/1/2011 tot en met 31/3/2011 = 120/120; nr. akkoord betalingsverbintenis7

periode 1/4/2011 tot en met 1/6/2011 = 121/121; nr. akkoord betalingsverbintenis8

Vermits de prestaties van 5/4/2011 en 20/4/2011 reeds aan de patiënt gefactureerd werden met CG=120/120 (remgeld zonder voorkeurregeling), moeten ze op dezelfde manier aan de VI gefactureerd worden. De betalingsverbintenis8 kan dus niet gebruikt worden. Er moet bijvoorbeeld voor deze prestaties teruggevallen worden op de netwerkconsultatie van 5/4/2011 (betalingsverbintenis5) of van 20/4/2011 (betalingsverbintenis6).

In theorie zijn er opnieuw meerdere mogelijkheden. De meest eenvoudige is om alle prestaties op één zelfde factuur te vermelden met CG 120/120 en met nr. akkoord betalingsverbintenis6 (betalingsverbintenis opgevraagd op 20/4/2011).

Voorbeeld 3

Op 15/02/2011 wordt in polikliniek een prestatie verricht met onmiddellijke inning van het remgeld.

Op dezelfde dag (15/02/2011) worden ook laboprestaties verricht. Het remgeld van deze laboprestaties wordt achteraf afgerekend via een patiëntenfactuur.

Op 15/02/2011 wordt een netwerkconsultatie gedaan om het correcte remgeld voor de prestatie polikliniek te kunnen aanrekenen aan de patiënt:

ontvangen verzekeraarbaarheid voor periode 01/02/2011 tot en met 28/02/2011: CG = 120/120; nr. akkoord betalingsverbintenis1 → remgeld zonder voorkeurregeling

Op 20/03/2011 wordt de factuur aan de VI (prestatie polikliniek + laboprestaties) en de patiëntenfactuur (laboprestaties) opgemaakt.

Situatie 1

Er wordt op dat moment een nieuwe netwerkconsultatie gedaan:

aangevraagde verzekeraarbaarheid voor periode 01/02/2011 tot en met 31/03/2011: CG =121/121; nr. akkoord betalingsverbintenis2.

De facturering van de laboprestaties kan met CG=121/121 en met nr. betalingsverbintenis2 gebeuren.

Voor de prestatie polikliniek werd reeds remgeld geïnd zonder voorkeurregeling (op basis van CG=120/120). De facturatie van deze prestatie aan de VI moet dus ook zonder voorkeurregeling gebeuren. De betalingsverbintenis1, aangevraagd op 15/2/2011, kan hiervoor nog gebruikt worden.

Er zijn 2 mogelijkheden:

Optie 1: 2 aparte facturen

Factuur 1 met de prestatie polikliniek met CG=120/120 en nr. akkoord betalingsverbintenis1

Factuur 2 met laboprestaties met CG=121/121 en nr. akkoord betalingsverbintenis2

Optie 2: één factuur

Eén factuur met prestaties polikliniek en laboprestaties met CG =120/120 en nr. akkoord betalingsverbintenis1.

Situatie 2

Er wordt op dat moment een nieuwe netwerkconsultatie gedaan:

aangevraagde verzekeraar voor de periode van 1/02/2011 tot en met 31/03/2011: CG = 000/000 (patiënt niet in regel) : de patiënt is niet verzekerd.

Voor de prestaties polikliniek en laboprestaties heeft de eerste netwerkconsultatie van 15/2/2011 een betalingsverbintenis veroorzaakt die gebruikt kan worden door het ziekenhuis bij facturatie aan de VI.

Eén factuur aan de VI met prestaties polikliniek en laboprestaties wordt opgemaakt met CG =120/120 en nr. akkoord betalingsverbintenis1.

Voorbeeld 4

Een patiënt krijgt een ambulante prestatie op 15/12/2010.

Netwerkconsultatie op 15/12/2010:

Ontvangen verzekeraar:

Periode 1/1/2010-31/12/2010: CG = 110/110; nr. akkoord betalingsverbintenis1

Op 10/1/2011 wordt de patiëntenfactuur opgemaakt met remgeld zonder voorkeurregeling en wordt de factuur aan de VI opgemaakt met CG = 110/110 en nr. akkoord betalingsverbintenis1.

De gebruikte CG is correct en de betalingsverbintenis is geldig (prestatiedatum binnen de aangevraagde periode), maar de prestatie wordt om een andere reden verworpen (bv. voorschrijver niet ingevuld terwijl dit wel vereist is).

Het remgeld wordt betaald door de patiënt op 30/1/2011. De ZIV-tegemoetkoming wordt niet betaald (verwerping door de VI).

Dezelfde patiënt komt opnieuw naar het ziekenhuis voor ambulante behandelingen op 5/5/2011, 15/5/2011 en 30/5/2011.

Op 5/5/2011 wordt een netwerkconsultatie gedaan.

Aangevraagde verzekeraarperiode: 1/1/2010 tot en met 4/6/2011 =

Periode 1/1/2010-31/12/2010: CG = 110/110; nr. akkoord betalingsverbintenis2

Periode 1/1/2011-4/6/2011: CG = 111/111; nr. akkoord betalingsverbintenis3

Situatie 1

Op 20/6/2011 worden de prestaties van 5/5/2011, 15/5/2011 en 30/5/2011 aan de VI gefactureerd met CG = 111/111 en nr. akkoord betalingsverbintenis3 (geldig voor prestaties tot en met 4/6/2011).

Op hetzelfde facturatiebestand (opgemaakt op 20/6/2011) wordt de verworpen prestatie van 15/12/2010 heringediend. Voor deze prestatie kan men ofwel gebruik maken van de betalingsverbintenis1 (bekomen op 15/12/2010) ofwel van de betalingsverbintenis2 (bekomen op 5/5/2011). Beide betalingsverbintenissen zijn immers geldig, want voor beiden ligt de prestatiedatum binnen de aangevraagde periode.

Situatie 2

Op 18/6/2011 wordt een nieuwe netwerkconsultatie gedaan:

Aangevraagde verzekeraarheidsperiode : 1/1/2010 tot en met 18/7/2011 =

Periode 1/1/2010-30/09/2010: CG = 110/110; nr. akkoord betalingsverbintenis4

Periode 1/10/2010-31/12/2010: CG = 111/111; nr. akkoord betalingsverbintenis5

Periode 1/1/2011-18/7/2011: CG = 111/111; nr. akkoord betalingsverbintenis6

Op 20/6/2011 worden de prestaties van 5/5/2011, 15/5/2011 en 30/5/2011 aan de VI gefactureerd met CG = 111/111 en nr. akkoord betalingsverbintenis6.

Op hetzelfde facturatiebestand (opgemaakt op 20/6/2011) wordt de verworpen prestatie van 15/12/2010 heringediend. Voor deze prestatie beschikt men over de volgende geldige betalingsverbintenissen (prestatiedatum binnen de aangevraagde periode):

- 1) betalingsverbintenis1 (bekomen op 15/12/2010)
- 2) betalingsverbintenis2 (bekomen op 5/5/2011)
- 3) betalingsverbintenis5 (bekomen op 18/6/2011)

In de praktijk worden alleen de betalingsverbintenis1 en 2 bruikbaar omdat het remgeld zonder voorkeurregeling (gebaseerd op CG = 110/110) reeds betaald werd door de patiënt.

Voorbeeld 5

Een patiënt krijgt ambulante prestaties van 1/11/2011, 12/11/2011, 13/12/2011, 15/12/2011 en 20/12/2011.

Netwerkconsultatie op 12/11/2011:

Aangevraagde verzekeraarheidsperiode :

Periode 01/01/2011 tot en met 29/11/2011 : CG = 130/130

Verzekeraarheid wijzigt op 16/12/2011 met terugwerkende kracht vanaf 14/12/2011: : CG 131/131.

Het ziekenhuis ontvangt het remgeld van de patiënt via maandelijkse patiëntenfacturen. De patiëntenfacturen werden opgemaakt op 30/11/2011 en 30/12/2011 met CG 130/130.

Op 31/12/2011 factureert het ziekenhuis aan de VI alle prestaties met CG = 130/130 en nr. akkoord betalingsverbintenis van de netwerkconsultatie van 12/11/2011.

De verzekeraarheid voor de prestaties van 15/12/2011 en 20/12/2011 is verkeerd. Voor deze prestaties is er geen betalingsverbintenis aangezien ze niet binnen de aangevraagde periode vallen (beperkt tot 29/11/2011).

Zij worden dus verworpen en slepen de verwerping mee over de hele factuur, want de VI wacht op 2 facturen :

- 1 factuur met CG 130/130 voor de prestaties van 1/11/2011, 12/11/2011 en 13/12/2011 en de referenties van de netwerkconsultatie van 12/11/2011; Er is betalingsverbintenis voor de prestaties tot en met 29/11/2011.
- 1 factuur met CG 131/131 (en een eventuele nieuwe netwerkconsultatie) voor de prestaties van 15/12/2011 en 20/12/2011.

Aangezien de patiëntenfactuur reeds opgestuurd werd en de remgelden geïnd werden, is het ziekenhuis verplicht om aan de betreffende patiënt het remgeld dat het teveel ontvangen heeft voor de ambulante prestaties verricht op 15/12 en 20/12 terug te betalen. Deze werden immers aan de patiënt gefactureerd met een verkeerde verzekeraarheid (130/130 niet voorkeurregeling in plaats van 131/131 voorkeurregeling) en zonder betalingsverbintenis.

Op het moment van de opstelling van de factuur aan de VI, zou het ziekenhuis een nieuwe netwerkconsultatie moeten doen die de prestatieperiode dekt, waarvoor het ziekenhuis nog geen betalingsverbintenis heeft.

Het ziekenhuis zou dan een betalingsverbintenis met 2 periodes van verzekeraarheid ontvangen en zou weten dat er 2 facturen moeten opgesteld worden.

Aangezien de factuur reeds aan de patiënt werd gestuurd, moeten de prestaties van 1/11/2011, 12/11/2011 en 13/12/2011 gefactureerd worden met CG = 130/130 en de referenties van de netwerkconsultatie van 12/11/2011.

De prestaties van 15/12/2011 en 20/12/2011 moeten gefactureerd worden met CG = 131/131 en de referenties van de nieuwe netwerkconsultatie.

Met de meeste hoogachting,
De leidend ambtenaar,

H. De Ridder
Directeur-generaal