

R.I.Z.I.V.

Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering

Geneeskundige Verzorging

Omzendbrief VI nr 2015/29 van 28 januari 2015 360/9

Van toepassing vanaf 1 augustus 2014 tot 31 juli 2016
Vervangt omzendbrief nr 2014/369
van 19 september 2014

Nieuwe medisch-psychosociale overeenkomst die met de hiv/aids-referentiecentra moet worden gesloten (sector 7.76.0).

Deze omzendbrief wijzigt de inhoud van de omzendbrief 2014/369 van 19 september 2014 (rubriek 370/8). De wijzigingen in vergelijking met de vorige omzendbrief zijn aangeduid **in het geel** in de huidige omzendbrief.

Het Verzekeringscomité heeft de tekst van een nieuwe overeenkomst goedgekeurd die met de medisch-psychosociale centra moet worden gesloten (hiv/aids-referentiecentra – Sector 7.76.0).

Die nieuwe overeenkomst die als **bijlage 1** bij deze omzendbrief gaat, treedt op **1 augustus 2014** in werking. Voor de referentiecentra die vóór 1 augustus 2014 al een overeenkomst hadden gesloten, vervangt die nieuwe overeenkomst vanaf 1 augustus 2014 de vorige overeenkomst waarbij het identificatienummer van de vorige overeenkomst echter geldig blijft.

De inrichtingen waarmee de nieuwe overeenkomst **werd afgesloten**, zijn de volgende:

Identificatienummer	Ziekenhuis	Straat en nummer	Postcode en stad	Datum van inwerkingtreding van de overeenkomst
7.76.003.94	UZ Gent	De Pintelaan 185	9000 Gent	01/08/2014
7.76.004.93	UZ Leuven	Herestraat 49	3000 Leuven	01/08/2014
7.76.005.92	UZ Brussel	Laarbeeklaan 101	1090 Brussel	01/08/2014
7.76.006.91	UZ Antwerpen	Nationalestraat 155	2000 Antwerpen	01/08/2014
7.76.007.90	C.H.U. de Liège - Polycliniques L.	Quai Godefroid Kurth, 45	4020 Liège	01/08/2014

	Brull			
7.76.008.89	Cliniques universitaires Saint-Luc	Avenue Hippocrate, 10	1200 Bruxelles	01/08/2014
7.76.009.88	CHU Saint-Pierre	Rue Haute 322	1000 BRUXELLES	01/08/2014
7.76.010.87	CHU Charleroi	Boulevard Zoé Drion 1	6000 Charleroi	01/08/2014
7.76.011.86	Cliniques Universitaires de Bruxelles Hôpital	Route de Lennik, 808	1070 Bruxelles	01/08/2014
7.76.012.85 *	CHU de Mont-Godinne	Avenue Docteur G. Thérasse 1	5530 YVOIR	01/08/2014
7.76.013.84 *	AZ Sint-Jan Oostende AV	Ruddershove 10	8000 BRUGGE	01/08/2014

* Het gaat om twee nieuwe referentiecentra die tot op heden niet over een 7.76-overeenkomst beschikten.

Voor de centra die effectief de nieuwe overeenkomst ondertekend hebben, buiten de 2 nieuwe centra (zie tabel hierboven), is de oude overeenkomst dus geannuleerd en vervangen door de nieuwe overeenkomst die als bijlage bij deze omzendbrief gaat.

**

~~Toelichtingen bij de nieuwe overeenkomst die van toepassing is vanaf 1 augustus 2014.~~

De wijzigingen vergeleken met de vorige versie van de overeenkomst die voor de verzekeringsinstellingen relevant zijn, worden in deze omzendbrief toegelicht. Een kopie van de brief (zonder daarbij voor elk centrum specifiek in detail te treden) die naar de betrokken inrichtingen werd verstuurd en die informatie en instructies over de inwerkingtreding van de overeenkomst bevat, is ook bij deze omzendbrief gevoegd (**bijlage 2**).

- Het gaat om een voorlopige overeenkomst (geldigheidsduur: 2 jaar, namelijk tot 31 juli 2016) – cf. artikel 1, § 3 van de overeenkomst en artikel 27, § 1.
- De door de overeenkomst beoogde doelgroep van patiënten (cf. artikel 2 van de overeenkomst) blijft ongewijzigd vergeleken met de huidige overeenkomst. Er werd echter een maximumaantal verstrekkingen vastgesteld dat in het kader van de overeenkomst voor sommige patiënten mag worden aangerekend:
 - Voor de **seronegatieve kinderen** van seropositieve moeders voor wie er nog steeds onzekerheid bestaat wat betreft de eventuele nevenwerkingen van de antiretrovirale behandelingen waaraan zij in utero werden blootgesteld, wordt de tenlasteneming in het kader van de overeenkomst beperkt tot maximaal **4 jaar**, in plaats van de onbepaalde duur die in de vorige overeenkomst geldt. In artikel 10, § 3, tweede lid wordt aldus bepaald dat in totaal slechts maximaal 4 verhoogde jaarforfaits (cf. infra) in het kader van de overeenkomst mogen worden aangerekend. De periode van tenlasteneming betreffende het laatst verhoogd jaarforfait dat aangerekend mag worden, moet verplicht beginnen lopen vóór de 4^e verjaardag van het kind. Voor een jaar van tenlasteneming dat

op de 4^e verjaardag van het kind of op een latere datum begint te lopen, mag voor die kinderen **geen enkel jaarforfait** (basisforfait of verhoogd forfait) in het kader van de overeenkomst nog worden terugbetaald.

- o Voor de **seropositieve kinderen** mogen in totaal slechts maximaal 18 verhoogde jaarforfaits worden aangerekend. De periode van tenlasteneming betreffende het laatst verhoogd jaarforfait moet verplicht beginnen lopen vóór de 18^e verjaardag van het kind. Voor een jaar van tenlasteneming dat op de 18^e verjaardag van het kind of op een latere datum begint te lopen, mag voor die kinderen **geen enkel verhoogd jaarforfait** in het kader van de overeenkomst nog worden terugbetaald.

- In artikel 10 worden de vergoedbare verstrekkingen gedefinieerd, alsook de voorwaarden die vervuld moeten zijn om die verstrekkingen te mogen aanrekenen. Samengevat: er kunnen 2 forfaittypes worden aangerekend:

Een jaarlijks basisforfait **of**
Een verhoogd jaarforfait

Toepassingsprincipes:

Forfait factureerbaar per periode van 12 maanden (datum tot datum).

Tijdens die periode van 12 maanden zijn 2 face-to-face-contacten met de patiënt vereist. Die contacten moeten in totaal minstens 1 uur duren en **over minstens 2 verschillende dagen** worden gespreid.

Het verhoogd forfait is uitsluitend van toepassing voor de patiënten die deel uitmaken van één van de volgende risicogroepen (artikel 10, § 3 van de overeenkomst):

- ⇒ Zwangere vrouwen die drager zijn van het hiv-virus of lijden aan aids;
- ⇒ Zuigelingen van seropositieve moeders die nog in een fase van diagnostische onzekerheid verkeren;
- ⇒ Seronegatieve kinderen, jonger dan 4 jaar, van seropositieve moeders voor wie er nog steeds onzekerheid bestaat wat betreft de eventuele nevenwerkingen van de antiretrovirale behandelingen waaraan zij in utero werden blootgesteld;
- ⇒ Seropositieve kinderen, jonger dan 18 jaar.

Voor die verstrekkingen moeten de volgende pseudocodes en prijzen worden gebruikt:

Verstrekking	Pseudocode	Prijs per jaar ¹
Jaarlijks basisforfait Ambulante patiënt	787754	624,77 euro
Jaarlijks basisforfait Gehospitaliseerde patiënt	787765	624,77 euro
Verhoogd jaarforfait Ambulante patiënt	787776	937,16 euro
Verhoogd jaarforfait Gehospitaliseerde patiënt	787780	937,16 euro

¹ Het indexeerbare gedeelte (zie artikel 11, § 3 van de overeenkomst) is gekoppeld aan het spilindexcijfer van de consumptieprijzen (spilindexcijfer 119,62 van december 2012 – basis 2004)

- In artikel 11 worden de nieuwe bedragen van de verstrekkingen vastgelegd (vastgelegd in overeenstemming met bijlage 3 van de overeenkomst). In het kader van de nieuwe overeenkomst wordt voor een patiënt **ofwel** een jaarlijks basisforfait aangerekend, **ofwel** een verhoogd jaarforfait (voor de patiënten die deel uitmaken van de risicogroepen waarvan sprake is in artikel 10, § 3 van de overeenkomst). Voor eenzelfde patiënt is het dus het ene forfait of het andere. Het begrip “aanvullend forfait” valt in het kader van de nieuwe overeenkomst dus weg.
- Persoonlijk aandeel: Voor elke verstrekking moet de patiënt een persoonlijk aandeel betalen (waarvan de modaliteiten vastgelegd zijn op basis van het koninklijk besluit van 29 april 1996).
- Artikel 12 verplicht de inrichting ertoe niet boven een jaarlijks vastgestelde enveloppe aan de verzekeringsinstellingen te factureren. De inrichting moet daarop toezien.
- Krachtens de bepalingen van artikel 14 van de nieuwe overeenkomst, is (voor de twee nieuwe referentiecentra) of blijft (voor de bestaande referentiecentra) de adviserend geneesheer bevoegd om over de individuele aanvragen tot tenlasteneming te beslissen.
- Aanvraagformulier tot tenlasteneming: **bijlage 3** bij deze omzendbrief bevat het aanvraagformulier dat de centra moeten gebruiken voor het indienen van de individuele aanvragen en dat door de patiënt ingevuld en ondertekend moet worden. Dit formulier is bestemd voor de aids-referentiecentra die in de toekomst een aanvraag zouden indienen om voor te komen op de lijst van inrichtingen waarvoor een tegemoetkoming van de ziekteverzekering mogelijk is in de vervoerskosten van de rechthebbenden (materie geregeld door het MB van 14 december 1995 – BS van 30 december 1995). Het formulier bevat namelijk een rubriek getiteld « aanvraag tot tegemoetkoming in mijn vervoerskosten ».

In realiteit is de kans klein dat een aids-referentiecentrum een aanvraag indient om voor te komen op de lijst van inrichtingen waarvoor een tegemoetkoming van de ziekteverzekering voor de vervoerskosten van de rechthebbenden mogelijk is aangezien de voorwaarden om hierop aanspraak te kunnen maken zwaar zijn (artikel 2 van het MB voorziet dat « Mogen alleen in aanmerking worden genomen, de reizen van de rechthebbende in een voertuig aangepast voor het vervoer in zijn invalidenwagentje, gedaan naar en van een revalidatiecentrum met hetwelk het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging een revalidatieovereenkomst heeft gesloten »). Tot op heden heeft geen enkel aids-referentiecentrum deze aanvraag gedaan, hoewel de centra reeds over deze mogelijkheid beschikten.

Het behouden van de rubriek « vervoerskosten » in het aanvraagformulier kan tot verwarring leiden bij de patiënten, centra en verzekeringsinstellingen aangezien de aids-referentiecentra a priori niet over de mogelijkheid beschikken om een aanvraag in te dienen voor tegemoetkoming in de vervoerskosten van de opgevolgde rechthebbenden. Om deze reden werd een nieuw aanvraagformulier opgesteld (cf. **bijlage 4** bij deze omzendbrief). Dit aanvraagformulier bevat de rubriek over de aanvraag voor tegemoetkoming in de vervoerskosten niet meer.

Bijgevolg zal in de huidige staat, enkel dit formulier dat zich in bijlage 4 bij deze omzendbrief bevindt in de praktijk gebruikt worden. **Dit formulier kan vanaf heden reeds gebruikt worden en dient in ieder geval gebruikt te worden voor alle aanvragen ingediend vanaf 1 maart 2015.**

Het is daarentegen niet uitgesloten dat een centrum op een gegeven moment een dergelijke aanvraag indient om op deze lijst voor te komen. Er werd daarom beslist om voor hen het formulier dat zich in bijlage 3 bij de huidige omzendbrief bevindt, te behouden. De verzekeringsinstellingen zullen in ieder geval op de hoogte gebracht worden indien een aids-referentiecentrum in de toekomst zou worden toegevoegd aan deze lijst.

Bij **deze formulieren** moet een medisch verslag worden gevoegd (eveneens terug te vinden in **bijlage 5** bij deze omzendbrief) dat door de teamarts van het centrum moet worden ingevuld en ondertekend. Dit medisch verslag bevat de data van de face-to-face-contacten tussen de patiënt en het team van het centrum (datum van het eerste contact en datum van het tweede contact). Naast de data van die 2 verplichte face-to-face-contacten wordt in het medisch verslag eveneens vermeld met welke disciplines de patiënt contacten heeft gehad en hoe lang die contacten hebben geduurd. In de overeenkomst wordt bepaald dat die 2 verplichte contacten **niet** op dezelfde dag mogen plaatsvinden. Die 2 contacten moeten namelijk over minstens 2 verschillende dagen gespreid zijn (cf. de bepalingen van artikel 10 van de nieuwe overeenkomst).

Gezien het feit dat meer dan 2 contacten kunnen plaatsvinden om het vereiste minimum aantal uur in het kader van de overeenkomst te behalen en dat het medisch verslag slechts plaats biedt aan het vermelden van 2 contacten, dient het centrum bijgevolg een document bij te voegen dat alle nodige gegevens bevat die toelaten aan te tonen dat de patiënt in totaal effectief één uur contact gehad heeft. De disciplines evenals de duur van de contacten moeten eveneens vermeld worden in dit document.

Het medisch verslag werd aangepast in vergelijking met de vorige omzendbrief VI. Gegeven dat de overeenkomst 2 types forfaits voorziet die door de aids-referentiecentra in rekening gebracht kunnen worden en teneinde de zaken te verduidelijken en geen ruimte te laten voor interpretatie, vermeldt het medisch rapport vanaf nu de doelgroep van patiënten in functie van het forfait waarop deze krachtens de overeenkomst aanspraak kan maken (cf. punt II. Van het medisch rapport : medische gegevens betreffende de rechthebbende).

Dit medisch rapport kan vanaf heden reeds gebruikt worden en dient in ieder geval gebruikt te worden voor alle aanvragen ingediend vanaf 1 maart 2015.

- Met betrekking tot de periode van tenlasteneming die in het kader van de overeenkomst wordt toegekend (cf. artikel 15 van de nieuwe overeenkomst):
 - o Begindatum van de periode = datum van het eerste contact (= dag X) van de patiënt met het team van het centrum.
 - o Tot de datum (= dag X-1) van dezelfde maand, 12 maanden later.
 - o De begindatum (= dag X) wordt dan beschouwd als de **oorspronkelijke begindatum** voor alle daaropvolgende periodes. Voor de verlengingen van de periode met 1 terugbetaalbaar jaar, moet men zich dus voor elke patiënt op de oorspronkelijke begindatum baseren: de dag van het jaar waarin het referentiecentrum, in het kader van de overeenkomst, een eerste contact met de patiënt heeft gehad en die deel uitmaakt van de vergoedbare periode van 1

jaar, waarin 2 van dergelijke contacten hebben plaatsgevonden. De precieze datum waarop het contact in elk daaropvolgend jaar (datum X tot datum X-1 van het jaar) heeft plaatsgevonden, is dus niet van belang. Voor elk van die jaren moet de adviserend geneesheer de aanvraag om tegemoetkoming hebben ontvangen binnen de 30 dagen die volgen op het einde van de toegekende periode van 1 jaar. De aanvraag mag slechts worden ingediend wanneer er 2 face-to-face-contacten van minstens 1 uur, gespreid over 2 verschillende dagen, binnen elke periode van 12 maanden hebben plaatsgevonden. Als een concrete patiënt (een patiënt voor wie reeds een forfait voor een bepaald jaar werd terugbetaald) het daaropvolgende jaar slechts 1 contact heeft gehad, wordt dat contact niet terugbetaald. De volgende periode van tenlasteneming begint 1 jaar na de laatste toegekende periode te lopen, als er tijdens die volgende periode 2 face-to-face-contacten van minstens 1 uur, gespreid over 2 verschillende dagen, hebben plaatsgevonden. De begin- en einddatum van de jaarlijkse periode van tenlasteneming kunnen dus nooit worden verschoven voor een patiënt voor wie reeds een bepaalde periode van 1 jaar werd terugbetaald.

- Regel betreffende het laattijdig indienen van de aanvraag: de aanvraag mag worden ingediend vanaf de datum waarop het 2^e contact heeft plaatsgevonden. De adviserend geneesheer moet de aanvraag hebben ontvangen binnen de 30 dagen die volgen op het einde van de periode van 1 terugbetaalbaar jaar.

De laattijdige indiening van een aanvraag kan tot gevolg hebben dat met sommige contacten geen rekening zal kunnen worden gehouden die zijn uitgevoerd om tot het vereiste minimum van 2 contacten van 1 uur te komen om een jaarforfait te kunnen aanrekenen.

Indien de aanvraag voor een **nieuwe patiënt** te laat wordt ingediend, zal de oorspronkelijke gevraagde periode van tenlasteneming niet worden terugbetaald: rekening houdende met de regel van het laattijdig indienen van de aanvraag, zal de periode van tenlasteneming van 1 jaar slechts op een latere datum kunnen beginnen, op voorwaarde dat de 2 verplichte face-to-face-contacten van minstens 1 uur, gespreid over 2 verschillende dagen, gedurende de nieuwe periode hebben plaatsgevonden. Als dat niet het geval is, kan het centrum een nieuwe aanvraag indienen voor een volgende periode van 1 jaar, waarin die 2 contacten hebben plaatsgevonden. De periode van 1 jaar begint te lopen vanaf de datum van het eerste contact dat deel uitmaakt van een terugbetaalbare periode van 1 jaar, waarin 2 contacten van minstens 1 uur, gespreid over 2 verschillende dagen, hebben plaatsgevonden en waarvoor de aanvraag op tijd werd ingediend.

Voor een bestaande patiënt (= een patiënt voor wie reeds een terugbetaalbare periode van 1 jaar werd gerealiseerd) zal voor alle volgende jaren met de oorspronkelijke begindatum rekening worden gehouden. De laattijdige indiening van een aanvraag voor een bestaande patiënt wijzigt dus nooit de periode van 1 jaar, waarvoor een jaarforfait voor die patiënt kan worden terugbetaald. De laattijdige indiening van een aanvraag kan tot gevolg hebben dat sommige gerealiseerde contacten niet in aanmerking zullen kunnen worden genomen voor het minimumaantal van 2 contacten van minstens 1 uur, gespreid over twee verschillende dagen, vereist voor de facturatie van een jaarforfait.

- Artikel 26 bevat een hele reeks **overgangsbepalingen voor 2014**. Voor 2014 moet immers de overschakeling van de oude op de nieuwe overeenkomst, zowel op het vlak van individuele aanvragen, als op het vlak van de prijzen van de verstrekkingen, de enveloppe, etc., gegarandeerd kunnen worden.
 - o Indien de centra de enveloppe die door de overeenkomst voor het jaar 2014 is vastgesteld, vóór de inwerkingtreding van de nieuwe overeenkomst zouden overschrijden (vóór 01/08/2014) ⇒ moeten de betrokken centra het bedrag van alle verstrekkingen die bovenop de voorziene enveloppe zijn aangerekend, aan de betrokken verzekeringsinstellingen terugbetalen. Het centrum moet rekening houden met de facturatedatum van die verstrekkingen (het zal dus de laatste gefactureerde verstrekkingen moeten terugbetalen). Het centrum heeft tot 31/12/2014 om die verstrekkingen terug te betalen.
 - o Forfait 2014 **is vergoedbaar** overeenkomstig de modaliteiten van de vorige overeenkomst als:
 - de 2 contacten die in het kader van de overeenkomst vereist zijn, vóór 1 augustus 2014 hebben plaatsgevonden en als,
 - de aanvraag bij de adviserend geneesheer toegekomen is op uiterlijk 31 augustus 2014 (het vorige forfait is dan van toepassing)
 ⇒ HET FORFAIT VAN DE VORIGE OVEREENKOMST **IS VERGOEDBAAR**
 ⇒ VOOR DIE PATIËNTEN: DE VOLGENDE PERIODE VAN TENLASTENEMING DIE MAG BEGINNEN LOPEN IN HET KADER VAN DE NIEUWE OVEREENKOMST = DATUM VAN HET EERSTE CONTACT IN 2015;
 - DE PATIËNT DIE IN DIT GEVAL VERKEERT, ZAL BESCHOUWD WORDEN ALS EEN **NIEUWE PATIËNT** OP HET MOMENT DAT EEN AANVRAAG TOT TENLASTENEMING VAN DATUM TOT DATUM ZAL INGEDIEND WORDEN IN HET KADER VAN DE NIEUWE OVEREENKOMST; ZIJNDE DE DATUM VAN ZIJN EERSTE CONTACT MET HET TEAM VAN HET CENTRUM IN 2015.
 - o Voor de patiënten die vóór 1 augustus 2014 geen enkel contact hebben gehad:
 - de begindatum van de periode van tenlasteneming die mag worden toegekend, zal ten vroegste vallen op de datum van het eerste contact met de patiënt (dat na 31 juli 2014 heeft plaatsgevonden);
 - als de patiënt de 2 verplichte contacten heeft gehad (overeenkomstig de modaliteiten die in het kader van de nieuwe overeenkomst zijn vastgesteld) ⇒ HET FORFAIT VAN DE NIEUWE OVEREENKOMST **IS VERGOEDBAAR**;
 - DE PATIËNT DIE IN DIT GEVAL VERKEERT, IS DUS EEN **NIEUWE PATIËNT** AANGEZIEN HIJ OVERSCHAKELT NAAR EEN SYSTEEM VAN DATUM TOT DATUM DAT AANVANG ZAL NEMEN OP DE DATUM VAN ZIJN EERSTE CONTACT DAT ZAL PLAATSGEVONDEN HEBBEN NA 31 JULI 2014.
 - o Voor de patiënten die al een contact vóór 1 augustus 2014 hebben gehad:
 - de begindatum van de periode van tenlasteneming begint te lopen vanaf de DATUM VAN DAT EERSTE CONTACT IN 2014.
 - als de patiënt de 2 verplichte contacten heeft gehad (overeenkomstig de modaliteiten die in het kader van de nieuwe overeenkomst zijn vastgesteld) ⇒ HET FORFAIT VAN DE NIEUWE OVEREENKOMST **IS VERGOEDBAAR**.

- DE PATIËNT DIE IN DIT GEVAL VERKEERT, IS DUS EEN NIEUWE PATIËNT AANGEZIEN HIJ OVERSCHAKELT NAAR EEN SYSTEEM VAN DATUM TOT DATUM DAT AANVANG ZAL NEMEN OP DE DATUM VAN ZIJN EERSTE CONTACT IN 2014.

**

Verduidelijkingen bij de instructies voor de facturatie via magnetische drager of via elektronische weg – Publicatie 23-12-2014

Naar aanleiding van de inwerkingtreding van de nieuwe hiv/aids-overeenkomst op 1 augustus 2014, worden details verstrekt over de wijze waarop de zones 5, 6 en 19 van de R 30 van het elektronisch facturatiebestand moeten worden ingevuld en meer bepaald in het geval waar het eerste contact plaatsvond voor 1 augustus 2014 en het tweede contact ten vroegste op 1 augustus 2014 (overgangperiode).

Zie hier de link naar het internet die naar deze instructies voor de facturatie leidt:

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

Op basis van deze instructies moeten de aids-referentiecentra het volgende vermelden:

- In de zone 5 // Datum van de 1^{ste} dag:
 - o Vanaf 01/08/2014, de datum van het eerste origineel contact (:dag x). Voor de jaarlijkse periodes die volgen, wordt de dag x van het 1^{ste} origineel contact (dag x van elke jaarlijkse periode) vermeld in deze zone.
 - o Overgangsmaatregelen : indien het 1^{ste} contact (= dag x) plaats heeft vóór 01/08/2014 en het 2^{de} contact ten vroegste op 01/08/2014, wordt de datum van het 2^{de} contact vermeld in deze zone. Deze datum van het 2^{de} contact kan plaatsvinden in 2014 of in 2015 (ten laatste op de laatste dag van de periode, cf. zone 6). Voor de jaarlijkse periodes die volgen, wordt dag x van het 1^{ste} origineel contact (dag x van elke jaarlijkse periode) vermeld in deze zone.
- In de zone 6 // Datum van de laatste dag:
 - o Vanaf 01/08/2014, dag (x-1) van het 1^{ste} contact vermeld in zone 5 + 12 maanden
 - o Overgangsmaatregelen: indien het 1^{ste} contact (= dag x) plaatsvindt vóór 01/08/2014 en het 2^{de} contact ten vroegste op 01/08/2014, wordt dag (x-1) van de datum van het 1^{ste} contact + 12 maanden vermeld in deze zone.
- In de zone 19 // Bedrag van de verzekeringstegemoetkoming:
 - o vanaf 01/08/2014: tarief = tarief dat van toepassing is op de begindatum (= dag x van elke jaarlijkse periode = dag 1^{ste} origineel contact). Het bedrag van het eventuele persoonlijk aandeel dat in mindering gebracht wordt, moet op dezelfde datum bepaald worden als het tarief van het revalidatieforfait zelf.
 - o Overgangsmaatregelen: indien het 1^{ste} contact plaatsvindt vóór 01/08/2014 en het 2^{de} contact ten vroegste op 01/08/2014, tarief = tarief van toepassing op datum 2^{de} contact.

**

Naar aanleiding van verschillende verduidelijkingen verstrekt door deze huidige omzendbrief VI, werd gelijktijdig een brief verstuurd naar alle aids-referentiecentra (cf. bijlage 6 bij de huidige omzendbrief). Deze brief bevat dezelfde verduidelijkingen als degene die de huidige omzendbrief bevat.

**

Deze huidige omzendbrief annuleert en vervangt de omzendbrief VI 2014/369 van 19 september 2014 (rubriek 370/8).

De leidend ambtenaar,

H. De Ridder
directeur-generaal.

Bijlagen :

[Bijlage 1 Nieuwe overeenkomst met aangepaste formulieren](#)
[Bijlage 2 Brief aan alle centra](#)
[Bijlage 3 Formulier met VK NL](#)
[Bijlage 4 Formulier zonder VK NL](#)
[Bijlage 5 Aangepast medisch verslag NL](#)
[Bijlage 6 Brief alle Centra nieuwe instructies](#)

RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING
Openbare instelling opgericht bij de wet van 9 augustus 1963

TERVURENLAAN 211 – 1150 BRUSSEL

DIENT VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING

OVEREENKOMST TUSSEN HET COMITÉ VAN DE VERZEKERING VOOR
GENEESKUNDIGE VERZORGING EN HET NAMENS HET
REFERENTIECENTRUM

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op de artikelen 22, 6° en 23, § 3;

Op voorstel van het College van geneesheren-directeurs, ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering;

wordt overeengekomen wat volgt tussen:

enerzijds,

het Comité van de Verzekering voor Geneeskundige Verzorging, ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering,

en anderzijds,

het; namens het Referentiecentrum, verder in de tekst aangeduid als de inrichting.

ONDERWERP VAN DE OVEREENKOMST

Artikel 1.

§ 1. Deze overeenkomst legt in eerste instantie de betrekkingen vast tussen de inrichting en de rechthebbenden van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, zoals bepaald wordt in artikel 2 van deze overeenkomst, evenals de betrekkingen tussen deze inrichting, het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (R.I.Z.I.V.) en de verzekeringsinstellingen. Zij legt eveneens de doelstellingen van de inrichting vast, het individueel multidisciplinair programma, de vergoedbare verstrekkingen, de middelen om die verstrekkingen te verrichten, alsook de prijzen en de honoraria daarvan.

§ 2. Aangezien aids een chronische aandoening is met een slechte prognose, die een weerslag heeft op fysiek, psychisch, seksueel, familiaal, professioneel en sociaal vlak en op de schoolloopbaan van de patiënten, en aangezien men op verschillende niveaus – geneeskundige verzorging, begeleiding en ondersteuning – op een zo geïntegreerd mogelijke manier moet tegemoetkomen aan de behoeften van die patiënten, heeft deze overeenkomst tot doel ervoor te zorgen dat de in deze overeenkomst bedoelde

inrichting aan de rechthebbenden van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging een gecoördineerde multidisciplinaire medische en psychosociale begeleiding en ondersteuning kan bieden.

§ 3. Deze overeenkomst moet worden beschouwd als een voorlopige overeenkomst die geldt voor een periode van 2 jaar, overeenkomstig de bepalingen van artikel 27, § 2. Deze voorlopige overeenkomst moet de uitvoering van een betere registratie van de activiteiten die door de hiv/aids-referentiecentra in het kader van de overeenkomst worden verricht, mogelijk maken, alsook de voorbereiding van een nieuwe overeenkomst waarin rekening wordt gehouden met de werkelijke activiteit van de centra.

BEOOGDE POPULATIE

Artikel 2.

De rechthebbenden van deze overeenkomst zijn:

- a) zwangere vrouwen die drager zijn van het hiv-virus of zwangere vrouwen die lijden aan aids;
- b) zuigelingen (en hun ouders) van seropositieve moeders die nog in een fase van diagnostische onzekerheid verkeren;
- c) hiv-dragers die behoren tot één van de volgende groepen:
 - 1. rechthebbenden bij wie de diagnose pas werd gesteld;
 - 2. rechthebbenden bij wie de therapietrouw bedreigd is;
 - 3. rechthebbenden die een risico vertonen om – hetzij aan zichzelf, hetzij aan anderen – (vermijdbare) schade toe te brengen of die een risico vertonen op psychiatrische decompensatie;
 - 4. rechthebbenden met problemen op school of met professionele, familiale of affectieve problemen die verband houden met het feit dat ze seropositief zijn;
 - 5. drugsverslaafden;
- d) rechthebbenden die lijden aan aids;
- e) seronegatieve kinderen, jonger dan 4 jaar, van seropositieve moeders voor wie er nog steeds onzekerheid bestaat wat betreft de eventuele nevenwerkingen van de antiretrovirale behandelingen waaraan zij in utero werden blootgesteld (voor die kinderen moet rekening worden gehouden met de bepalingen van artikel 10, § 3, tweede lid van deze overeenkomst);

voor wie het algemene doel, dat wordt omschreven in artikel 1, § 2, kan worden vertaald in een engagement van de inrichting om tegemoet te komen aan de concrete behoeften van de rechthebbenden. Die behoeften worden beschreven in artikel 3 van deze overeenkomst.

DOEL VAN DE INRICHTING EN VAN HET PROGRAMMA

Artikel 3.

§ 1. De inrichting wil de patiënten die beoogd worden in artikel 2 van deze overeenkomst, zowel op medisch, psychisch, familiaal, sociaal, en professioneel vlak als op het vlak van hun schoolloopbaan in een optimale staat brengen of houden.

§ 2. Afhankelijk van de individuele toestand van de patiënt worden volgende doelstellingen nagestreefd:

a) Voor bijna alle patiënten:

- psychologische begeleiding van de patiënt en zijn omgeving;
- herstellen, beschermen en versterken van de sociale en financiële autonomie;
- herstellen en onderhouden van de familiale en sociale structuur;
- handhaven of herwinnen van de verworvenheden op school of op het werk;
- aanpassen van het gedragspatroon om de secundaire overbrenging van hiv (door seksuele betrekkingen, bij zwangerschap of door het uitwisselen van injectiespuiten) te voorkomen;
- stimuleren van de therapietrouw, meer bepaald door bij te dragen tot een maximale efficiëntie van de door de patiënt gevolgde therapie, door daarin een coördinerende rol te vervullen;
- analyseren en behandelen van de nevenwerkingen van de therapie.

b) Specifiek voor aidspatiënten zal de nadruk ook worden gelegd op de volgende punten:

- tegemoetkomen aan de behoeften in verband met specifieke handicaps (gedeeltelijke blindheid, focale neurologische stoornissen, enz.), waardoor in de mate van het mogelijke de re-integratie van de patiënten in hun sociaal en familiaal milieu mogelijk wordt gemaakt en indien nodig de opname in een centrum voor dagopvang of een verblijfsstructuur;
- voorkomen van vermijdbare ziekenhuisopnames en het beperken van de duur van de ziekenhuisopnames, meer bepaald door de eerstelijnszorgverleners te informeren, voor te bereiden en te ondersteunen en door de continuïteit van het programma te verzekeren tussen de ziekenhuisopname(s) en de terugkeer naar huis;
- preventie en opvolgen van het complexe-resistentiepatroon.

c) Specifiek voor de zwangere vrouwen die drager zijn van het hiv-virus of de zwangere vrouwen die lijden aan aids, de seropositieve zuigelingen en de kinderen die lijden aan aids, zal het programma ook worden toegespitst op de volgende elementen:

- behouden van de cohesie van het gezin;
- ondersteunen, bij zwangere vrouwen, van de profylaxe van de verticale transmissie;
- aanmoedigen tot therapietrouw van de ouders;
- aanmoedigen tot medische follow-up van het kind, waardoor een vroegtijdige diagnose van de eventuele besmetting en het invoeren van preventiemaatregelen op alle vlakken mogelijk zijn;
- integreren van de zuigeling en het kind in de bestaande structuren (kinderopvang, scholen, inrichtingen, diensten voor jeugdbijstand, ...);
- steunen van de ouders en de eventuele andere personen die instaan voor de opvoeding van besmette of zieke kinderen, bij de behandeling thuis van die kinderen;
- optimale overbrenging naar tijdelijke of permanente onthaalstructuren van de gezonde of zieke kinderen in geval van een verslechtering van de gezondheidstoestand of het overlijden van één of van beide ouders;
- ondersteunen van kinderen die geconfronteerd worden met de diagnose van hiv of aids, in het omgaan met hun chronische ziekte, in het bijzonder wat betreft hun antiretrovirale therapietrouw of het ondersteunen van kinderen die geconfronteerd worden met de ziekte of met het overlijden van hun ouders ten gevolge van de aidsaandoening.

d) Specifiek voor seronegatieve kinderen, jonger dan 4 jaar, van seropositieve moeders zal de begeleiding worden toegespitst op de volgende punten:

- medisch toezicht op eventuele ongewenste nevenwerkingen van de antiretrovirale behandeling die tijdens de zwangerschap werd toegediend;
- medisch-psychosociale tenlasteneming in geval van complicaties die te wijten zijn aan de antiretrovirale behandeling.

- e) Specifiek voor jongvolwassenen die bij hun geboorte al geïnficeerd waren of die tijdens hun kinderjaren geïnficeerd zijn, zal de begeleiding ook worden toegespitst op de volgende punten:
- psychologische ondersteuning op het moeilijke moment van de overgang naar het volwassen leven;
 - integreren van de jongvolwassene in de verschillende leefmilieus, in het bijzonder op school en in het beroepsmilieu;
 - verstrekken van informatie over de risico's die men loopt tijdens seksuele betrekkingen en tegelijkertijd aansporen tot aanpassing van het gedragspatroon om secundaire transmissie te voorkomen.

Bovendien zal de inrichting de overschakeling van de tenlasteneming van de patiënt van de afdeling pediatrie naar de afdeling inwendige geneeskunde begeleiden.

DEFINITIE VAN DE INRICHTING

Artikel 4. *Definitie*

§ 1. De inrichting is een afzonderlijke functionele entiteit die beschikt over een eigen multidisciplinair revalidatieteam en over de nodige infrastructuur en uitrusting om voor de in de overeenkomst beoogde patiënten de doelstellingen van het individuele revalidatieprogramma te realiseren;

§ 2. De inrichting is verplicht hulp te bieden aan patiënten ongeacht hun nationaliteit, ras, geslacht, leeftijd, religie, levensbeschouwing, seksuele voorkeur of woonplaats.

Tijdens de behandeling zal de inrichting steeds de overtuiging en de individuele vrijheid van elke patiënt respecteren.

§ 3. Op het vlak van de infrastructuur en de uitrusting moet de inrichting op zijn minst beschikken over een individuele consultatie- en gespreksruimte, een ruimte voor groepstherapieën en een secretariaat waar de dossiers, bedoeld in artikel 8, § 1 van deze overeenkomst, voor het team worden bewaard.

De inrichting moet gelokaliseerd kunnen worden op basis van een voldoende gespecificeerd adres en telefoonnummer, zonder dat dit adres aan andere personen dan de patiënten of potentiële patiënten en de personen die betrokken zijn bij de werking van de inrichting, kenbaar moet worden gemaakt.

Artikel 5. *Personeelskader*

§ 1. Samenstelling van het team

a) Multidisciplinair team

De inrichting, bedoeld in deze overeenkomst, beschikt over een multidisciplinair team waarin de medische functies, de niet-medische therapeutische functies en een administratieve functie vertegenwoordigd zijn. De inrichting moet deel uitmaken van een ziekenhuis.

b) Medische functies

De artsen die minstens deel moeten uitmaken van het medisch personeelskader in het kader van deze overeenkomst, zijn:

- 2 geneesheren-specialisten in de inwendige geneeskunde **en**;
- voor de centra die kinderen jonger dan 16 jaar ten laste nemen: 1 geneesheer-specialist in de pediatrie
- voor de centra die zwangere vrouwen ten laste nemen: 1 geneesheer-specialist in de gynaecologie-verloskunde.

Die artsen moeten een bijzondere kwalificatie op het vlak van hiv en aids hebben die wordt gestaafd en erkend.

Eén van de geneesheren-specialisten in de inwendige geneeskunde leidt het team en is verantwoordelijk voor de werking en de organisatie ervan, alsook voor de begeleiding van de patiënten in het kader van de overeenkomst. Die arts is bevoegd om aan de andere teamleden opdrachten toe te vertrouwen met het oog op de realisatie van de doelstellingen die in deze overeenkomst worden beoogd. Hij is ook betrokken bij de selectie en de aanwerving van de teamleden, waarvoor zijn gunstig advies vereist is.

c) Niet-medische therapeutische functies

Wat betreft de niet-medische therapeutische functies bestaat het team minstens uit:

- een diëtist;
- een verpleegkundige;
- een maatschappelijk werker of sociaal verpleegkundige;
- een psycholoog (licentiaat of master in de psychologie).

d) Administratieve ondersteuning

Voor de administratieve ondersteuning moet de inrichting beschikken over een administratieve medewerker.

§ 2. Aantal voltijdse equivalenten (VTE's)

Het aantal VTE's waaruit het team, bedoeld in § 1 van dit artikel, moet bestaan, wordt vastgesteld op basis van:

- ✓ het aantal verstrekkingen dat in de loop van een kalenderjaar verricht werd en waarvoor een forfait, vastgelegd in het kader van deze overeenkomst, verschuldigd is **en**
- ✓ het type van verstrekkingen (bedoeld in artikel 10 van deze overeenkomst) dat bij die patiënten wordt verricht. Voor dat punt moet rekening gehouden worden met het aantal uren per discipline dat **opgenomen is in het bedrag** van de verstrekkingen (dat aantal uren wordt in detail weergegeven in bijlage 3 bij deze overeenkomst).

Het aantal verstrekkingen en het type van de verstrekkingen kunnen meer bepaald worden afgeleid uit de productiecijfers, bedoeld in artikel 17 van deze overeenkomst.

Bijlage 1 A geeft een voorbeeld van de toepassing van de bepalingen van deze paragraaf en heeft de waarde van een interpretatieregel.

§ 3. Minimumregels voor de samenstelling van het team

De functie van diëtist moet minimaal 5 % vertegenwoordigen van het aantal VTE van het team dat is vastgesteld krachtens de bepalingen van § 2 van dit artikel.

De functie van verpleegkundige moet minimaal 45 % vertegenwoordigen van het aantal VTE van het team dat is vastgesteld krachtens de bepalingen van § 2 van dit artikel.

De functie van maatschappelijk werker of sociaal verpleegkundige moet minimaal 10 % vertegenwoordigen van het aantal VTE van het team dat is vastgesteld krachtens de bepalingen van § 2 van dit artikel.

De functie van psycholoog (licentiaat of master in de psychologie) moet minimaal 10 % vertegenwoordigen van het aantal VTE van het team dat is vastgesteld krachtens de bepalingen van § 2 van dit artikel.

De functie van arts mag nooit meer dan 10 % vertegenwoordigen van het aantal VTE van het team dat is vastgesteld krachtens de bepalingen in § 2 van dit artikel en dat bezoldigd wordt op basis van de forfaits die deze overeenkomst voorziet. Het resterende deel van het werk van de artsen dat op basis van de bepalingen van § 1 van dit artikel vereist wordt, dient vergoed te worden op basis van de verstrekkingen van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen die door die artsen worden verricht.

§ 4. Aanpassing van het team

Het team moet altijd aangepast worden op basis van het reële aantal verstrekkingen en het type van verstrekkingen (zoals bedoeld in artikel 10 van deze overeenkomst) die aan die patiënten worden aangerekend en waarvoor een forfait zoals voorzien in deze overeenkomst, verschuldigd is. Om veelvuldige aanpassingen van het vereiste personeelskader te voorkomen, zal de inrichting zich voor de omvang van het vereiste personeelskader in de loop van een bepaald kalenderjaar echter kunnen baseren op het gemiddeld aantal patiënten dat in het kader van deze overeenkomst in de loop van de vorige twee volledige kalenderjaren werd begeleid. Het personeelskader moet alleen maar worden uitgebreid als, op basis van het gemiddeld aantal patiënten van de laatste 2 volledige kalenderjaren, het bestaande personeelskader moet uitgebreid worden met minimaal 0,5 VTE voor de artsen en/of minimaal 0,5 VTE voor alle paramedische medewerkers (gegradueerde medewerkers bedoeld in § 1 van dit artikel en licentiaten of masters in de psychologie). Als voor de medische of paramedische omkadering die minimale uitbreiding niet wordt bereikt, kan die functie verder gewerkt worden met de bestaande omkadering.

Bijlage 1 B geeft eveneens een voorbeeld van de verhoging van de arbeidstijd in het kader van de overeenkomst, afhankelijk van het aantal patiënten (aantallen patiënten die willekeurig werden gekozen...) en van het type van verstrekking dat voor die patiënten wordt aangerekend.

§ 5. Bepalingen om het ontbrekende personeel in het personeelskader aan te vullen

De inrichting verbindt zich ertoe om onverwijld alle nodige schikkingen te treffen om het personeelskader te vervullen voor elke functie die, volledig of gedeeltelijk, tijdelijk (wegens ziekte, loopbaanonderbreking, verlof zonder wedde, ...) of definitief (wegens al dan niet vrijwillig ontslag, ...) vacant zou zijn. Zij is echter

niet verplicht het personeelskader te vervullen voor een functie die vacant blijft, ofwel door een ontslag van een personeelslid tijdens de wettelijk bezoldigde opzeggingstermijn, ofwel door een personeelslid dat afwezig is wegens ziekte tijdens de wettelijke termijn van gewaarborgd inkomen, zolang zij effectief die personeelsleden bezoldigt en het team nog minstens één ander personeelslid van de betrokken discipline bevat.

Indien teamleden zouden vrijgesteld worden van arbeidsprestaties in het kader van de eindeloopbaanproblematiek overeenkomstig de bepalingen van de desbetreffende CAO, moet die vrijstelling van arbeidsprestaties gecompenseerd worden door nieuwe aanwervingen of door een verhoging van de arbeidsduur van andere leden van het team, rekening houdende met de voor iedere functie vastgestelde kwalificaties. De financiering van die compenserende tewerkstelling valt buiten het kader van deze overeenkomst, maar is er niet mee in tegenspraak.

§ 6. Arbeidstijd van de leden van het team

De inrichting moet op elk moment kunnen aantonen hoeveel arbeidstijd de verschillende teamleden in het kader van deze overeenkomst zijn tewerkgesteld om de activiteiten die de overeenkomst voorziet, te realiseren. Er mag alleen rekening gehouden worden met de arbeidstijd die de verschillende teamleden besteden aan de in deze overeenkomst voorziene begeleiding van patiënten, waarbij de rechtstreekse begeleiding (*face-to-face-contacts met de patiënt*) en de onrechtstreekse begeleiding (*overleg over de patiënten, teamvergaderingen, telefonische contacts, verslagen, enz.*) allebei mogen in rekening worden gebracht en dit zowel voor ambulante patiënten als voor gehospitaliseerde patiënten.

De arbeidstijd die wordt besteed aan de gewone medische en verpleegkundige verzorging van de gehospitaliseerde patiënten die onder deze overeenkomst vallen, mag echter nooit als arbeidstijd worden beschouwd.

De inrichting kan op ieder moment worden gevraagd om de personeelsomkadering die in het kader van deze overeenkomst wordt ingezet, te verantwoorden.

Teneinde te kunnen aantonen dat de inrichting over de vereiste personeelsomkadering beschikt voor de uitvoering van de activiteiten die deze overeenkomst voorziet, moet de inrichting steeds een overzicht bijhouden van de teamleden die zij werkelijk tewerkstelt. In dat overzicht moet vermeld worden wie op welk moment deel uitmaakt van het team van de inrichting, voor hoeveel uren per week en volgens welk werkrooster. Het overzicht moet ook bij elk controlebezoek van een vertegenwoordiger van het R.I.Z.I.V. of van de verzekeringsinstellingen onmiddellijk kunnen worden voorgelegd.

§ 7. Bezoldiging van de personeelsleden

De inrichting verbindt zich ertoe om haar personeelsleden minstens te bezoldigen tegen dezelfde loonschaal als die voor het personeel van het ziekenhuis waarvan de inrichting deel uitmaakt.

De inrichting wordt verondersteld de loonkosten van het personeel dat in het kader van de overeenkomst is tewerkgesteld, volledig te kunnen dragen op basis van de vergoeding van de kostprijs van de verstrekkingen die deze overeenkomst voorziet. De inrichting kan bijgevolg geen enkele andere financiële tegemoetkoming in de loonkosten van het personeel dat met deze overeenkomst wordt gefinancierd, ontvangen van een andere overheid – ongeacht het bedrag, de aard of de vorm ervan – met uitzondering van de artsen die deel uitmaken van het team van de inrichting, van wie de verstrekkingen in het kader van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen mogen worden aangerekend.

Artikel 6. *Minimumaantal patiënten*

§ 1. De inrichting en in het bijzonder het multidisciplinaire team moeten minimaal 250 verschillende patiënten ten laste nemen per kalenderjaar.

Bij wijze van overgangsmaatregel kunnen de referentiecentra die een hiv/aids-overeenkomst hadden die actief was vóór de inwerkingtreding van deze overeenkomst, evenwel aanspraak blijven maken op de voordelen van deze overeenkomst.

Om de kritische massa van minimaal 250 patiënten te bereiken die ten laste moeten worden genomen in het kader van deze overeenkomst, moet rekening gehouden worden met het feit dat de patiënten die van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen genieten (de zogenaamde “verzekerde” patiënten) en waarvoor een forfait in het kader van deze overeenkomst aangerekend mag worden (patiënten die dus aan alle voorwaarden beantwoorden die in deze overeenkomst worden vermeld), minimaal 90 % van het vereiste aantal moeten vertegenwoordigen.

Dit minimumaantal laat toe de nodige ervaring te verwerven en te behouden.

De naleving van het minimumaantal patiënten dat ten laste moet worden genomen, moet op verzoek van de Dienst voor geneeskundige verzorging of van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het R.I.Z.I.V. kunnen worden gecontroleerd. Op verzoek van die diensten moet de inrichting op elk moment kunnen aantonen dat zij aan die voorwaarde beantwoordt.

Deze overeenkomst eindigt door een beslissing van het Verzekeringscomité, op voorstel van het College van geneesheren-directeurs, op 1 juli van het jaar dat volgt op de eerste periode van 2 opeenvolgende kalenderjaren tijdens welke het minimumaantal patiënten niet werd bereikt. De inrichting moet steeds, vóór elke beslissing van het College van geneesheren-directeurs en van het Verzekeringscomité, de gelegenheid krijgen om de redenen waarom zij dat quotum niet heeft kunnen bereiken, schriftelijk toe te lichten.

§ 2. Om aanspraak te kunnen maken op de voordelen van deze overeenkomst, moet een nieuw centrum dat zich kandidaat stelt om deze overeenkomst te sluiten, aan de volgende twee voorwaarden beantwoorden:

- ⇒ Al minimaal 250 verschillende patiënten ten laste nemen per kalenderjaar;
- ⇒ In een provincie liggen waar de activiteit, vastgelegd in het kader van deze overeenkomst, nog niet wordt aangeboden.

De naleving van dat minimumaantal patiënten dat ten laste moet worden genomen, moet op verzoek van de Dienst voor geneeskundige verzorging of van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het R.I.Z.I.V. kunnen worden gecontroleerd. Op verzoek van die diensten moet de inrichting op elk moment kunnen aantonen dat zij aan die voorwaarde beantwoordt.

Tijdens de geldigheidsperiode van deze overeenkomst zullen maximaal twee centra die zich kandidaat stellen om deze overeenkomst te sluiten, de overeenkomst daadwerkelijk kunnen sluiten.

Artikel 7. *Toepassing van de overeenkomst op verschillende sites*

§ 1. De inrichting mag haar activiteiten in het kader van deze overeenkomst slechts op één site uitvoeren.

§ 2. Een afwijking van de bepalingen van § 1 van dit artikel is mogelijk, mits voorafgaand akkoord van het College van geneesheren-directeurs en de ondertekening van een wijzigingsclausule bij deze overeenkomst.

Het College van geneesheren-directeurs zal zich uitspreken over dergelijke aanvragen, door te evalueren op welke manier de samenwerking verloopt tussen de inrichting die deze overeenkomst heeft gesloten en de site waar ze de activiteiten die deze overeenkomst voorziet, zou willen verrichten. Het aanvraagdossier moet dus gegevens bevatten over de concrete samenwerking (gegevens betreffende het aantal patiënten binnen de site, het niveau van ervaring van het team op het vlak van hiv/aids, het doorverwijzen van patiënten van de inrichting naar de site of omgekeerd, de financiering, de organisatie van gemeenschappelijke teamvergaderingen, enz.).

Als het College van geneesheren-directeurs op basis van het aanvraagdossier meent dat de activiteiten, vastgelegd in deze overeenkomst, georganiseerd kunnen worden op een site van de inrichting (andere dan de hoofdzetel), (omdat het onder meer op basis van het dossier ervan overtuigd is dat de samenwerking optimaal is), zal het aan het Verzekeringscomité voorstellen een wijzigingsclausule bij deze overeenkomst te sluiten, die de toepassing van deze overeenkomst op een andere site dan de hoofdsite van de inrichting in detail regelt. Die wijzigingsclausule zal alle na te leven verplichtingen bevatten die gepaard gaan met de toepassing van deze overeenkomst op een andere site dan de hoofdsite van de inrichting die deze overeenkomst heeft ondertekend.

MULTIDISCIPLINAIRE WERKING
INDIVIDUEEL DOSSIER
ZORGNETWERK

Artikel 8.

§ 1. Multidisciplinaire werking en individueel dossier

Het team – waarvan sprake is in artikel 5 van deze overeenkomst – concretiseert het multidisciplinaire karakter van het programma door regelmatig teamvergaderingen te organiseren en door voor elke patiënt die gevolgd wordt in het kader van deze overeenkomst, een individueel dossier bij te houden. Behoudens verantwoorde uitzonderingen moet elk teamlid in principe de vergaderingen bijwonen, zeker wanneer de gevallen worden besproken van patiënten met wie hij contact heeft gehad. Tijdens die vergaderingen wordt enerzijds de toestand van de patiënten of van de kandidaten voor het in deze overeenkomst voorziene programma, systematisch besproken vanuit het oogpunt van de verschillende betrokken disciplines en worden anderzijds algemene thema's met betrekking tot het concept van de tenlasteneming, alsook de evaluatie en permanente verbetering van de werking van de inrichting, zowel wat betreft de individuele programma's als het algemene concept van de tenlasteneming, bestudeerd.

De conclusies van de bespreking van de individuele patiënten moeten in het individueel dossier van de patiënt worden vermeld.

Voor elke patiënt die tot het programma wordt toegelaten, wordt een individueel dossier opgesteld waarin een overzicht gegeven wordt van het verloop van zijn tenlasteneming in de inrichting en van de evolutie van zijn toestand. Dat dossier kan deel uitmaken van een centraal medisch dossier. Elk teamlid moet op elk moment in het individueel dossier alle therapeutische gegevens kunnen terugvinden die voor de uitvoering van zijn taak noodzakelijk zijn.

Naast de technische elementen van een medisch dossier, zoals de anamnese, de medische en therapeutische briefwisseling en de diagnostische gegevens, moet dat dossier voor elke patiënt ook de volgende elementen bevatten:

- een kopie van het aanvraagformulier voor een tegemoetkoming of verlenging, ondertekend door de patiënt of door zijn wettelijke vertegenwoordiger, zoals bepaald wordt in artikel 14 van deze overeenkomst;
- de noden van de patiënt of zijn wettelijke vertegenwoordiger waaraan de inrichting gevolg wil geven, de manier waarop zij dat wil realiseren en het behaalde resultaat, samen met een analyse ervan indien een minder goed resultaat werd behaald;
- de beslissingen en conclusies van de teamvergaderingen, alsook alle belangrijke specifieke beslissingen en alle belangrijke afspraken die met de patiënt of zijn wettelijke vertegenwoordiger zijn gemaakt;
- elk face-to-face-contact van het team met de betrokken patiënt, met vermelding van:
 - ✓ de datum van het contact (met vermelding van het begin- en einduur);
 - ✓ de betrokken zorgverlener;
 - ✓ een korte beschrijving van de aard van het contact;
- de identiteits- en andere gegevens van de behandelende arts en van eventuele andere zorgverleners die, naast de teamleden, bij de verzorging van de patiënt betrokken zijn, zodat deze gemakkelijk kunnen gecontacteerd worden.

§ 2. Zorgnetwerk

Het team van de inrichting neemt de nodige maatregelen om het eigen werk te coördineren met het werk van andere zorgverleners die de patiënt behandelen, door deze met alle middelen te betrekken bij de evolutie van de tenlasteneming en door die zorgverleners te ondersteunen bij de verzorging van de patiënt als zij daar om vragen.

Bovendien moet de tenlasteneming van personen met hiv/aids een gedeelde verantwoordelijkheid zijn van enerzijds de huisarts en anderzijds het aidsreferentiecentrum. Op die manier valt de hele verzorging onder de gedeelde verantwoordelijkheid van de huisarts en het centrum. De patiënt moet in dat verband worden aangespoord om zich in te schrijven bij een huisarts van zijn keuze.

In die context mag de huisarts verwachten dat de inrichting hem op de hoogte houdt van het verloop van het individueel programma dat voor de patiënt in kwestie in het kader van deze overeenkomst werd opgestart, dat de inrichting hem richtlijnen geeft voor de behandeling van hiv/aidspatiënten in het algemeen maar ook voor de behandeling van een specifieke patiënt en dat de inrichting op zijn verzoek met hem overlegt.

HET INDIVIDUEEL PROGRAMMA

Artikel 9.

§ 1. Via het individueel programma komt de inrichting tijdens een bepaalde periode tegemoet aan de behoeften van de patiënt, waarbij de algemene doelstellingen voortdurend worden afgestemd op de concrete veranderende behoeften van iedere patiënt.

Met het individueel programma waarvan sprake in het kader van deze overeenkomst, wordt een multidisciplinaire aanpak beoogd. De patiënt kan echter altijd kiezen voor een monodisciplinaire follow-up door de arts van de inrichting (waarvan sprake is in artikel 5, § 1 punt b). In dat geval moeten de andere zorgverleners (bedoeld in artikel 5, § 1 punt c) van deze overeenkomst) de patiënt niet behandelen. Voor de patiënten die voor een monodisciplinaire follow-up kiezen, mogen alleen de verstrekkingen van de

nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen worden aangerekend. Voor dergelijke patiënten mag geen forfait voorzien in het kader van deze overeenkomst worden aangerekend.

§ 2. Elk individueel programma vertrekt van minstens één concrete behoefte (te bepalen op basis van de parameters die de beoogde populatie omschrijven), waaraan de inrichting tracht tegemoet te komen.

§ 3. De voormelde vraag moet de reden zijn voor het raadplegen van de inrichting. De snelle en veranderlijke opeenvolging van noden, doelstellingen en problemen die de ontwikkeling van de hiv- en aidsinfectie met zich meebrengt, wordt in het individueel dossier genoteerd.

§ 4. Het antwoord van de inrichting op de voormelde oorspronkelijke vraag en op de volgende vragen moet met de patiënt of met zijn wettelijke vertegenwoordiger en de inrichting worden besproken. Wanneer er een risico op interferentie met de tussenkomsten van de behandelende arts bestaat, moet deze laatste in ieder geval bij de voormelde discussie worden betrokken.

§ 5. Het programma omvat de formele verbintenis van de inrichting om gedurende de volledige duur van het programma tegemoet te komen aan de behoeften van de patiënt, rekening houdende met de doelstellingen die in het individueel programma zijn vastgelegd.

De verbintenis om aan de behoeften van de patiënt tegemoet te komen, houdt ook in dat de inrichting ter beschikking staat van personen die in hun gezinsleven, sociale leven, schoolleven of gevoelsleven geconfronteerd worden met een probleem om met de drager van het hiv-virus of met de aidspatiënt om te gaan of sociale of affectieve banden te onderhouden.

Deze verbintenis houdt eveneens in dat er in dringende gevallen een zekere medische beschikbaarheid van het multidisciplinaire team buiten de normale werkuren moet worden verzekerd. De inrichting moet de voormelde beschikbaarheid naar behoren organiseren.

De inrichting moet de patiënt schriftelijk van deze verbintenis op de hoogte brengen.

§ 6. De verbintenis van de inrichting die in § 5 van dit artikel wordt beschreven, geldt gedurende de volledige duur van het programma. Aangezien een periode van tenlasteneming in het kader van deze overeenkomst niet meer dan 12 maanden mag duren, loopt de verbintenis van de inrichting gedurende die volledige periode van 12 maanden.

Indien deze overeenkomst, krachtens de bepalingen van artikel 27, § 2 van deze overeenkomst, door een van de partijen wordt opgezegd, blijft de verbintenis van de inrichting nog verder lopen tijdens de rest van de termijn van één jaar waarvoor een forfait voor de betrokken patiënt wordt aangerekend.

§ 7. De inrichting verbindt zich ertoe om aan het einde van elk programma – en minstens één keer per kalenderjaar – een evaluatieverslag bij het individueel dossier te voegen, waarin puntsgewijs wordt onderzocht in welke mate de beoogde doelstelling bereikt werd.

DE TERUGBETAALBARE VERSTREKKINGEN

Artikel 10.

§ 1. In het kader van deze overeenkomst kunnen 2 soorten forfaits aangerekend worden:

- een jaarlijks basisforfait;
- een verhoogd jaarforfait.

Per rechthebbende kan ofwel een jaarlijks basisforfait, ofwel een verhoogd jaarforfait worden aangerekend per jaar.

§ 2. *Jaarlijks basisforfait*

Het basisforfait houdt, gedurende een periode van één **jaar** (datum tot datum), de realisatie in van een individueel multidisciplinair programma zoals dat is vastgelegd in artikel 9 van deze overeenkomst (alle medische en psychosociale verstrekkingen die door de leden van het in deze overeenkomst voorziene team worden verricht om de doelstellingen ten aanzien van de patiënt te verwezenlijken).

Dat forfait mag worden gefactureerd zodra er binnen die periode van één jaar **2 face-to-facecontacten (in aanwezigheid van de patiënt)** met een totale duur van minimaal 1 uur, hebben plaatsgevonden. Deze face-to-facecontacten mogen geen verstrekkingen zijn die opgenomen zijn in de nomenclatuur van de revalidatieverstrekkingen, bedoeld in artikel 23, § 2, tweede lid, en in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, bedoeld in artikel 35, § 1, van de voormelde gecoördineerde wet.

Face-to-face-contacten met personen die niet tot het multidisciplinaire team behoren, komen in het kader van dit artikel niet in aanmerking.

Onder face-to-face-contact moet een ontmoeting tussen de patiënt en minstens 1 lid van het multidisciplinaire team worden verstaan. Telefonische contacten of contacten via brief worden niet als een face-to-face-contact beschouwd.

Indien meerdere teamleden simultaan een face-to-face-contact hebben met de patiënt, kan de duur van dit contact slechts eenmaal in aanmerking worden genomen om de vereiste duur van de face-to-face-contacten, opgelegd door deze overeenkomst, te bereiken.

In geen geval mag de duur van de tussenkomsten van een arts zoals bedoeld in artikel 5, § 1 punt b) van deze overeenkomst, worden verrekend in de duur van de face-to-face-contacten met een patiënt.

De 2 face-to-face-contacten moeten over minstens 2 verschillende dagen worden gespreid.

Die 2 face-to-face-contacten zijn het minimum aan handelingen die gerealiseerd moeten worden om de verstrekking te mogen aanrekenen; de volledige verstrekking bestaat uit alle handelingen die door de pathologische en psychosociale situatie van de patiënt gedurende één jaar in het kader van zijn individueel programma vereist zijn.

Per periode van 1 jaar mag slechts 1 jaarlijks basisforfait worden aangerekend.

Het eerste forfait dat in het kader van deze overeenkomst gerealiseerd wordt, begint te lopen op de datum van het eerste face-to-face-contact tussen de patiënt en het multidisciplinaire team in het kader van zijn individueel programma. Het loopt 1 jaar later ten einde op de dag die voorafgaat aan de dag van de maand waarin de begeleiding is gestart.

Indien gedurende de periode van één jaar die daarop volgt, de voorwaarden zijn vervuld voor de facturatie van een ander jaarlijks basisforfait, gaat die verstrekking in op de dag van de maand dat het allereerste face-to-face-contact beginnen lopen is (=datum van het 1^{ste} contact dat recht heeft gegeven op de allereerste tegemoetkoming + 1 jaar). Dat geldt voor alle periodes van één jaar die elkaar zonder onderbreking opvolgen, en dit zolang de facturatievoorwaarden zijn vervuld (datum van het 1^{ste} contact dat recht heeft gegeven op de allereerste tegemoetkoming + 2 jaar, + 3 jaar, + 4 jaar, enz.).

Indien in de periode van één jaar die volgt op een factureerbare verstrekking, de voorwaarden voor de facturatie van een forfait niet zijn vervuld, begint de eerstvolgende factureerbare verstrekking opnieuw op de dag van de maand dat het allereerste face-to-face-contact beginnen lopen is (=datum van het 1^{ste} contact dat recht heeft gegeven op de allereerste tegemoetkoming + 1 jaar, + 2 jaar, enz.). De verstrekking zal enkel gefactureerd kunnen worden indien minstens 2 face-to-face-contacts van in totaal minimaal één uur verricht zijn gedurende een volgende periode van één jaar.

***Bijlage 2** bij deze overeenkomst bevat een voorbeeld van de toepassing van de bepalingen van deze paragraaf en heeft de waarde van een interpretatieregel.*

§ 3. Verhoogd jaarforfait

Het verhoogd jaarforfait mag enkel worden aangerekend voor de patiënten die deel uitmaken van één van de volgende risicogroepen:

- ⇒ Zwangere vrouwen die drager zijn van het hiv-virus of lijden aan aids;
- ⇒ Zuigelingen van seropositieve moeders die nog in een fase van diagnostische onzekerheid verkeren;
- ⇒ Seronegatieve kinderen, jonger dan 4 jaar, van seropositieve moeders voor wie er nog steeds onzekerheid bestaat wat betreft de eventuele nevenwerkingen van de antiretrovirale behandelingen waaraan zij in utero werden blootgesteld;
- ⇒ Seropositieve kinderen, jonger dan 18 jaar.

Voor de seronegatieve kinderen van seropositieve moeders voor wie er nog steeds onzekerheid bestaat wat betreft de eventuele nevenwerkingen van de antiretrovirale behandelingen waaraan zij in utero werden blootgesteld, mogen in totaal **slechts maximaal 4 verhoogde jaarforfaits** aangerekend worden in het kader van deze overeenkomst. De periode van tenlasteneming betreffende het laatst verhoogd jaarforfait dat aangerekend mag worden (voor het 4^{de} jaar), moet verplicht beginnen lopen vóór de 4^{de} verjaardag van het kind. Voor een jaar van tenlasteneming dat op de 4^{de} verjaardag van het kind of op een latere datum begint te lopen, mag geen enkel jaarforfait nog worden terugbetaald.

Voor de seropositieve kinderen mogen in totaal **slechts maximaal 18 verhoogde jaarforfaits** aangerekend worden in het kader van deze overeenkomst. De periode van tenlasteneming betreffende het laatst verhoogd jaarforfait dat aangerekend mag worden (voor het 18^{de} jaar), moet verplicht beginnen lopen vóór de 18^{de} verjaardag van het kind. Voor een jaar van tenlasteneming dat op de 18^{de} verjaardag of op een latere datum begint te lopen, mag het verhoogd jaarforfait nooit worden terugbetaald.

Indien het verhoogd forfait aangerekend wordt, mag voor die patiënt geen jaarlijks basisforfait aangerekend worden voor het jaar waarvoor dat verhoogd forfait verschuldigd is.

De voorwaarden vermeld in § 2 van dit artikel, zijn eveneens van toepassing voor het verhoogd jaarforfait.

§ 4. Voor elke nieuwe periode van 1 jaar die in aanmerking wordt genomen, worden de tellers betreffende het aantal face-to-face-contacten met de patiënt opnieuw op nul gezet.

BEDRAGEN VAN DE VERZEKERINGSTEGEMOETKOMING EN AANVULLENDE VOORWAARDEN VOOR DE TOEKENNING ERVAN

Artikel 11.

§ 1. Met de bedragen van de krachtens deze overeenkomst terugbetaalbare verstrekkingen, worden alle verstrekkingen en handelingen gedekt (contacten met de patiënt en onrechtstreeks werk) die gerealiseerd worden door de leden van het in deze overeenkomst voorziene team, ten behoeve van de patiënten die door deze overeenkomst worden beoogd; met uitzondering van een groot deel van de activiteiten van de artsen, waarvoor in het kader van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen honoraria mogen worden aangerekend.

§ 2. De bedragen van de krachtens deze overeenkomst terugbetaalbare verstrekkingen die in detail worden weergegeven in **bijlage 3** bij deze overeenkomst, worden vastgelegd op:

	Totaal	Indexeerbaar	Niet-indexeerbaar
Voor het jaarlijks basisforfait	624,77 €	603,94 €	20,83 €
Voor het verhoogd jaarforfait	937,16 €	905,92 €	31,24 €

§ 3. Het indexeerbare gedeelte is gekoppeld aan het spilindexcijfer van de consumptieprijzen (spilindexcijfer 119,62 van december 2012 – basis 2004). Dat indexeerbare gedeelte wordt aangepast volgens de bepalingen van de wet van 1 maart 1977 houdende inrichting van een stelsel waarbij sommige uitgaven in de overheidssector aan het indexcijfer van de consumptieprijzen van het Rijk worden gekoppeld.

§ 4. Een verstrekking mag slechts gefactureerd worden van zodra de inrichting effectief 2 contacten van in totaal minstens één uur met de patiënt heeft gehad; deze contacten beantwoorden aan de bepalingen van artikel 10, § 2 van deze overeenkomst.

De verstrekkingen worden terugbetaald via de vermelding van de volgende pseudocodes op de factuur:

787754 voor het basisforfait van de ambulante patiënten

787765 voor het basisforfait van de gehospitaliseerde patiënten

787776 voor het verhoogd forfait van de ambulante patiënten

787780 voor het verhoogd forfait van de gehospitaliseerde patiënten

§ 5. Het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming dat de inrichting aan de verzekeringsinstelling van de betrokken patiënt mag aanrekenen, stemt overeen met het bedrag dat op de begindatum van de in aanmerking genomen periode van 1 jaar van toepassing was.

§ 6. De inrichting verbindt zich ertoe om tegemoet te komen aan de behoeften van elke patiënt voor wie het College van geneesheren-directeurs – of de adviserend geneesheer, als deze laatste daartoe bevoegd is – al een soortgelijk programma heeft toegestaan in een andere inrichting waarmee het Comité van de

Verzekering voor Geneeskundige Verzorging een overeenkomst met hetzelfde doel en opzet als deze overeenkomst heeft gesloten, en die zich bij de inrichting aanmeldt in de loop van een jaar tijdens hetwelk hij het programma in de andere inrichting volgt en waarvoor al een verzekeringstegemoetkoming toegekend werd.

De in deze paragraaf bedoelde verbintenis geldt minstens voor de resterende duur van het voormelde programma.

Het College van geneesheren-directeurs – of de adviserend geneesheer als deze laatste daartoe bevoegd is – brengt de inrichting ervan op de hoogte dat het om een dergelijke patiënt gaat.

Voor het lopende jaar van dat programma is in het kader van deze overeenkomst voor die patiënt geen nieuwe verzekeringstegemoetkoming verschuldigd.

BESCHIKBARE GLOBALE ENVELOPPE

Artikel 12.

§ 1. Het totaalbedrag van de verstrekkingen die op basis van deze overeenkomst door de verzekeringsinstellingen worden terugbetaald en die tijdens eenzelfde kalenderjaar worden verricht, wordt beperkt tot **### euro** per kalenderjaar. Van dat bedrag is ### euro indexeerbaar en ### euro niet-indexeerbaar. De totale geldelijke waarde van alle basisforfaits en verhoogde forfaiten die in de loop van een bepaald kalenderjaar zijn verricht en die aan de verzekeringsinstellingen worden aangerekend (ongeacht de facturatedatum), mag hoe dan ook nooit hoger liggen dan dit bedrag dat als de jaarlijkse enveloppe van de inrichting beschouwd moet worden.

*De jaarlijkse enveloppe van de inrichting werd vastgesteld overeenkomstig het protocol dat in **bijlage 4** bij deze overeenkomst is gevoegd.*

De datum van het **tweede face-to-face-contact** tussen de inrichting en de rechthebbende dat recht geeft op een tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging (op voorwaarde dat de totale duur van die contacten in totaal minstens één uur bedraagt), bepaalt het kalenderjaar waarvoor het jaarlijks basisforfait of het verhoogd jaarforfait dat voor die rechthebbende wordt aangerekend, meetelt voor de jaarlijkse enveloppe van dat kalenderjaar. Als de totale duur van de 2 contacten minder dan één uur bedraagt, moet er rekening worden gehouden met de datum van een volgend contact (waardoor de contacten in totaal wel één uur duren) om het kalenderjaar te bepalen waarvoor het jaarlijks basisforfait of het verhoogd jaarforfait dat voor die rechthebbende wordt aangerekend, meetelt voor de jaarlijkse enveloppe van dat kalenderjaar.

§ 2. Het indexeerbaar gedeelte van het bedrag waarvan sprake is in § 1 van dit artikel, is gekoppeld aan het spilindexcijfer 119,62 (december 2012 – basis 2004) van de consumptieprijzen. Dat indexeerbaar gedeelte wordt aangepast volgens de bepalingen van de wet van 1 maart 1977 houdende inrichting van een stelsel waarbij sommige uitgaven in de overheidssector aan het indexcijfer van de consumptieprijzen van het Rijk worden gekoppeld.

§ 3. De inrichting verbindt zich ertoe om de voormelde jaarlijkse enveloppe van een kalenderjaar niet te overschrijden bij haar facturatie, aan alle verzekeringsinstellingen samen, van alle verstrekkingen die in de loop van eenzelfde kalenderjaar zijn verricht en aan de verzekeringsinstellingen zijn aangerekend.

Als de overeenkomst, in de loop van een bepaald kalenderjaar slechts in een deel van het beschouwde kalenderjaar van toepassing is, moet de voormelde jaarlijkse enveloppe proportioneel worden

verminderd, rekening houdende met de periode waarin de overeenkomst in de loop van het bedoelde kalenderjaar van toepassing is.

Als de jaarlijkse enveloppe in de loop van een bepaald kalenderjaar geïndexeerd werd, moet de jaarlijkse enveloppe die voor dat jaar terugbetaald kan worden, proportioneel worden berekend op basis van de respectievelijke jaarlijkse enveloppes, zowel vóór als na de indexering, rekening houdende met de duur van de periode voorafgaand aan de indexering en de duur van de periode die op de indexering volgt.

§ 4. Op basis van de globale jaarlijkse enveloppe van een kalenderjaar is het voor de inrichting die deze overeenkomst heeft gesloten, mogelijk om gedurende het beschouwde kalenderjaar, aan alle patiënten die door deze overeenkomst worden beoogd, een multidisciplinaire begeleiding, zoals voorzien in deze overeenkomst, aan te bieden, zelfs als het niet meer mogelijk is om voor bepaalde patiënten een jaarforfait aan te rekenen.

SUPPLEMENTEN

Artikel 13.

§ 1. Aangezien de medische arbeidstijd die in het kader van deze overeenkomst vergoed wordt op basis van de prijzen van de verstrekkingen (vastgelegd in artikel 11 van deze overeenkomst), slechts de arbeidstijd omvat die noodzakelijk is voor het multidisciplinair werken en voor de coördinatie van de activiteiten die deze overeenkomst voorziet, mogen de medische verstrekkingen van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen worden aangerekend bovenop de bedragen die deze overeenkomst voorziet. De medische verstrekkingen die in het kader van de in deze overeenkomst voorziene verstrekkingen worden verricht en die op basis van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen worden aangerekend, mogen echter alleen maar tegen het officiële honorarium worden aangerekend op basis waarvan de verzekeringstegemoetkoming wordt berekend en dat op de website van het R.I.Z.I.V. kan worden geraadpleegd (het gaat in principe om de tarieven voor de zogenaamde “geconventioneerde” artsen).

§ 2. De inrichting die deze overeenkomst heeft gesloten, verbindt zich ertoe om de prestaties en de verstrekkingen die al in het kader van deze overeenkomst werden vergoed, nooit aan de rechthebbenden, de verzekeringsinstellingen of aan een andere instantie aan te rekenen. De inrichting verbindt zich er eveneens toe om aan de rechthebbenden geen supplement te vragen bovenop de bedragen die in artikel 11 van deze overeenkomst zijn vastgelegd voor de prestaties en de verstrekkingen die in het kader van deze overeenkomst voorzien zijn.

HET VOORSCHRIJVEN VAN HET INDIVIDUEEL PROGRAMMA EN DE AANVRAAG DOOR DE RECHTHEBBENDE VAN EEN TEGEMOETKOMING IN DE KOSTEN VAN DAT PROGRAMMA

Artikel 14. *Aanvraag tot akkoord voor een verzekeringstegemoetkoming*

§ 1. Voor elke patiënt is de verzekeringstegemoetkoming in de kosten van de verstrekkingen die als revalidatieverstrekkingen worden beschouwd, onderworpen aan een voorafgaand akkoord van het College van geneesheren-directeurs of – als de adviserend geneesheer daartoe bevoegd is – van de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling waarbij de patiënt is aangesloten of ingeschreven en dit overeenkomstig de bepalingen van de artikelen 138, 139 en 142, § 2 van het KB van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

In toepassing van de bepalingen van artikel 142, § 2 van het voormelde KB, moet de adviserend geneesheer de aanvraag tot akkoord uiterlijk 30 dagen na de gevraagde periode van één jaar (waarvan sprake is in artikel 15 van deze overeenkomst), ontvangen. De aanvraag moet ingediend worden aan de hand van het formulier dat het Comité van de Verzekering voor Geneeskundige Verzorging heeft goedgekeurd. Het aanvraagformulier dat als **bijlage 5** bij deze overeenkomst gaat, kan op elk moment door het Verzekeringscomité (na advies van het College van geneesheren-directeurs) worden gewijzigd.

Bij het formulier dat krachtens dat artikel voor de aanvragen tot tegemoetkoming moet worden gebruikt, moet een medisch verslag worden gevoegd waarvan het model door het College van geneesheren-directeurs is goedgekeurd.

In geval van akkoord bepaalt de bevoegde instantie de begindatum en de duur van de periode van verzekeringstegemoetkoming, overeenkomstig de bepalingen van artikel 15.

§ 2. De inrichting verbindt zich ertoe om de patiënt te informeren en hem te helpen bij de te ondernemen stappen, meer bepaald door erop toe te zien dat de daartoe vastgestelde termijn nageleefd wordt.

Indien de inrichting de verantwoordelijkheid op zich heeft genomen om zelf de aanvraag tot tegemoetkoming voor de patiënt in te dienen, verbindt zij zich ertoe de onkosten die niet door de verzekeringsinstelling worden vergoed wegens het laattijdig indienen van de aanvraag, niet aan de betrokken patiënt aan te rekenen.

§ 3. De inrichting verbindt zich ertoe om aan het College van geneesheren-directeurs of de adviserend geneesheer – als deze daartoe bevoegd is - alle gegevens te verstrekken die het College of de adviserend geneesheer nuttig acht om zich te kunnen uitspreken over de tenlasteneming van het programma van de patiënt.

§ 4. Deze overeenkomst wordt voor alle ziekenhuizen die zich daarbij aansluiten, beschouwd als de voortzetting van de hiv-/aidsovereenkomst die eerder met de hiv/aids-referentiecentra is gesloten.

Beide ondertekenende partijen zijn het erover eens dat de overeenkomst met betrekking tot de aanvragen tot tegemoetkoming voor de verstrekkingen die in de overeenkomst zijn vastgelegd, moet worden beschouwd als de voortzetting van de vorige overeenkomst die hierboven wordt vermeld. Ze is dus onderworpen aan artikel 138, 2°, g) van het KB van 3 juli 1996 en de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling van de patiënt is bevoegd om de beslissingen over die aanvragen om tegemoetkoming te nemen.

Artikel 15. *Periode van verzekeringstegemoetkoming*

§ 1. De periode van verzekeringstegemoetkoming voor een individueel programma waarmee de bevoegde instantie heeft ingestemd, begint, samen met het programma, op de datum van het eerste face-to-face-contact tussen de patiënt en één of meerdere teamleden.

Deze periode loopt vanaf de datum van het eerste face-to-face-contact tussen de patiënt en één of meerdere teamleden (= dag X) tot de datum (dag X-1) van dezelfde maand, 12 maanden later. Na afloop van die periode, kan de tenlasteneming echter altijd voor een nieuwe periode van 12 maanden worden verlengd, op voorwaarde dat de patiënt nog voldoet aan de voorwaarden die in het kader van deze overeenkomst zijn vastgelegd.

Er kan alleen rekening worden gehouden met de verstrekkingen die deze overeenkomst voorziet en die daadwerkelijk zijn uitgevoerd in de periode die door het College van geneesheren-directeurs – of door de

adviserend geneesheer indien deze laatste daartoe bevoegd is – toegekend is en waarvoor de eventuele bijkomende voorwaarden die door het College van geneesheren-directeurs of door de adviserend geneesheer zijn vastgelegd, zijn nageleefd.

De tegemoetkoming voor een individueel programma waarover het College van geneesheren-directeurs of de adviserend geneesheer – indien deze daartoe bevoegd is – een gunstige beslissing heeft genomen, eindigt, wanneer de inrichting beslist om de patiënt niet meer toe te laten. Die beslissing moet tijdig aan de patiënt worden meegedeeld.

Artikel 16. *Voorwaarden voor de facturatie van de verstrekkingen*

§ 1. Het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming wordt verplicht door de inrichting aan de verzekeringsinstelling van de patiënt aangerekend, op basis van de magneetband van het ziekenhuis waarvan de inrichting deel uitmaakt (verplichte elektronische facturatie). Minstens één keer per kalenderjaar bezorgt de inrichting aan de patiënt een overzicht van de bedragen die zij voor hem aan de verzekeringsinstelling heeft aangerekend.

§ 2. De verzekeringstegemoetkoming moet verminderd worden met het persoonlijk aandeel van de rechthebbende, vastgesteld op basis van de bepalingen van het Koninklijk Besluit van 29 april 1996 tot vaststelling van de vermindering van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de honoraria en prijzen vastgelegd in sommige overeenkomsten met de revalidatie-inrichtingen, bedoeld in artikel 22, 6°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

PRODUCTIECIJFERS EN BOEKHOUDING

Artikel 17. *Productiecijfers*

§ 1. De inrichting houdt een volledig overzicht bij van de forfaits (basisforfait en verhoogd forfait) die in het kader van deze overeenkomst worden gerealiseerd. Dat overzicht moet een lijst van de patiënten bevatten met vermelding van de aard van het gerealiseerde forfait voor de patiënten in kwestie.

§ 2. Op basis van de gegevens van de overzichten die in de vorige paragraaf zijn vermeld, stelt de inrichting haar productiecijfers op (met name het aantal verrichte verstrekkingen, per type, vermenigvuldigd met hun respectieve prijzen). Vóór het einde van de maand die volgt op de laatste maand van ieder kwartaal, bezorgt de inrichting de productiecijfers van dat kwartaal aan de Dienst voor geneeskundige verzorging via de informaticatoepassing die die Dienst haar daartoe ter beschikking heeft gesteld. Elke verrichte verstrekking mag slechts één keer in de productiecijfers van een kalenderjaar worden opgenomen. De verstrekkingen waarvan op voorhand is geweten dat ze niet kunnen worden vergoed (bijvoorbeeld omdat ze niet aan de voorwaarden van deze overeenkomst voldoen of omdat de patiënt buiten het kader van de verplichte ziekteverzekering verzekerd is of omdat de patiënt niet meer verzekerd is), **moeten niet** in de productiecijfers **worden opgenomen**.

De inrichting verbindt zich ertoe om op verzoek van de Dienst voor geneeskundige verzorging of van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het R.I.Z.I.V. alle noodzakelijke documenten te bezorgen ter staving van de meegedeelde productiecijfers. Het opzettelijk meedelen van verkeerde productiecijfers zal een schorsing van betaling door de verzekeringsinstellingen in het kader van deze overeenkomst tot gevolg hebben.

Indien de productiecijfers niet bezorgd zijn vóór het einde van de maand die volgt op het einde van een kwartaal, wordt de inrichting met een aangetekend schrijven aan haar verplichtingen herinnerd. Indien de

productiecijfers 30 kalenderdagen na de aangetekende brief nog steeds niet bezorgd zijn, worden de uitbetalingen door de verzekeringsinstellingen (uitbetalingen in het raam van de overeenkomst tussen het R.I.Z.I.V. en de inrichting) ambtshalve opgeschort tot aan deze verbintenis voldaan is.

Artikel 18. *Boekhouding*

De inrichtende macht van de inrichting houdt een boekhouding bij die enerzijds, voor zover dat mogelijk is, gebaseerd is op het genormaliseerd minimaal boekhoudkundig plan voor de ziekenhuizen (KB van 14.8.1987) en anderzijds op de beslissingen die ter zake genomen zijn door het Comité van de Verzekering voor Geneeskundige Verzorging. De boekhoudkundige gegevens met betrekking tot de toepassing van deze overeenkomst, worden in een afzonderlijke kostenrubriek geboekt, zodat de uitgaven en inkomsten onmiddellijk gekend zijn.

De inrichtende macht wordt geacht de bewijsstukken voor de inkomsten en uitgaven gedurende 10 jaar te bewaren.

De boekhouding moet binnen die termijn altijd voor de Dienst voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V. toegankelijk zijn.

Indien de Dienst voor geneeskundige verzorging het expliciet vraagt, moet een overzicht van de specifieke inkomsten en uitgaven in het kader van de overeenkomst, aan de Dienst voor geneeskundige verzorging worden overgemaakt door middel van een model dat die Dienst heeft vastgelegd.

BIJZONDERE BEPALINGEN IN VERBAND MET DE RECHTEN VAN DE RECHTHEBBENDE

Artikel 19.

§ 1. Het is de patiënt toegestaan zich in de loop van het programma dat hij bij de inrichting volgt, te wenden tot een andere, soortgelijke inrichting waarmee het Comité van de Verzekering voor Geneeskundige Verzorging een overeenkomst met hetzelfde doel en opzet als deze overeenkomst heeft gesloten, zodat deze laatste inrichting aan zijn noden kan tegemoetkomen.

§ 2. De inrichting, alsook de verzekeringsinstellingen en de betrokken diensten of instanties van het R.I.Z.I.V., zullen er in het algemeen over waken dat bij het medelen van gegevens over de patiënten alleen verwezen wordt naar de hiv-infectie of de aidsaandoening daar waar dat strikt noodzakelijk is. In regel zal de inrichting tegenover derden en bij contacten of communicatie van niet-medische aard in haar betiteling of identificatie niet verwijzen naar de aidsaandoening of hiv-besmetting.

§ 3. De inrichting verbindt zich ertoe de patiënt ervan in kennis te stellen dat zij de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, zoals in § 2 van dit artikel wordt bepaald, respecteert.

De inrichting deelt de patiënt mee dat, krachtens artikel 26 van de wet van 15 januari 1990 houdende oprichting van de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid, elke mededeling van medische gegevens door de verzekeringsinstellingen en door het R.I.Z.I.V. wordt gedaan onder het toezicht en de verantwoordelijkheid van een arts van die instellingen.

AKKOORDRAAD

Artikel 20.

§ 1. De Akkoordraad inzake aids is een functionele instantie bestaande uit enerzijds de leden van het College van geneesheren-directeurs van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V. en anderzijds uit de artsen die verantwoordelijk zijn voor de referentiecentra waarmee deze overeenkomst gesloten is. De Akkoordraad wordt voorgezeten door de voorzitter van het College van geneesheren-directeurs.

§ 2. De Akkoordraad inzake aids heeft de volgende opdrachten:

- De analyse van de outcome: analyse van de evolutie van de patiënten van de hiv-/aidsvereenkomsten, inclusief de evaluatie van de behandelings- en begeleidingsformules die aan de patiënten worden aangeboden en de analyse van de resultaten met betrekking tot de beoogde groepen;
- De feedback: aanpassingen aan het «overeenkomstensysteem» voorstellen op basis van de evaluatie van de outcome, rekening houdende met de realiteit en de behaalde resultaten, met het oog op het bevorderen van de kwaliteit van de tenlasteneming van de patiënten van deze overeenkomst;
- Het algemene aidsbestrijdingsbeleid: advies verlenen, op verzoek of spontaan, enerzijds in het kader van de ziekte- en invaliditeitsverzekering en anderzijds in het kader van het algemene aidsbestrijdingsbeleid. Die adviezen zullen gebaseerd zijn op de ervaring van de referentiecentra die werken met personen die aan deze ziekte lijden.

§ 3. De Akkoordraad inzake aids wordt samengeroepen door de voorzitter. De voorzitter roept in elk geval de Akkoordraad samen op verzoek van het Verzekeringscomité.

§ 4. Als de inrichting verschillende keren afwezig is tijdens de vergaderingen van de Akkoordraad, zal die afwezigheid door de voorzitter van de Akkoordraad worden vastgesteld en met een aangetekend schrijven aan de inrichtende macht van de inrichting worden meegedeeld.

Als de inrichting na die vaststelling afwezig blijft, zal die afwezigheid onmiddellijk meegedeeld worden aan het Verzekeringscomité dat kan beslissen de overeenkomst om die reden op te zeggen, mits de opzeggingstermijn, bepaald in artikel 27, § 2 van deze overeenkomst, wordt nageleefd.

PEER REVIEW

Artikel 21.

§ 1. Het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) en de aidsreferentiecentra die een overeenkomst hebben gesloten met het Verzekeringscomité, verlenen hun medewerking aan het concipiëren, het up-to-date houden, het beheer en de wetenschappelijke exploitatie van een *hiv-/aids*cohort om de populatie van patiënten die met hiv zijn besmet of aan aids lijden in België zo volledig mogelijk te inventariseren en wetenschappelijk te bestuderen. Die cohort bevat ook bepaalde gegevens die op een gesystematiseerde en uniforme wijze ingebracht worden door de referentiecentra, wat betreft de programma's die zij realiseren.

Het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid analyseert de gegevens van de cohort en stelt, in overleg met de centra, voor het College van geneesheren-directeurs en het Verzekeringscomité, een jaarlijks rapport op, waarin de resultaten van de analyses van die gegevens worden opgenomen.

Die cohort en het rapport dat eraan is ontleend, moeten het volgende mogelijk maken:

- de registratie en de follow-up van epidemiologische, demografische, klinische (diagnose, complicaties, behandeling, enz.) en biologische gegevens;
- de snelle opsporing van pathologieën die opduiken (infectieuze pathologieën, pathologieën als gevolg van de behandeling, ...);
- de evaluatie van de complicaties voor de patiënten die door de referentiecentra ten laste worden genomen;
- de voortdurende evaluatie en verbetering van de zorgkwaliteit door peer review en feedback aan de centra;
- cohortenstudies door gekwalificeerde artsen en onderzoekers;
- de inventarisering van het aantal, alsook de duur van de face-to-face-contacten van de verschillende teamleden met de patiënten.

Dit alles wordt opgesteld en geëxploiteerd met respect voor het medisch beroepsgeheim en de persoonlijke levenssfeer overeenkomstig de bepalingen van § 5 van dit artikel.

§ 2. De groep van experts, bedoeld in § 4 van dit artikel, stelt de *hiv/aids*-cohort samen en stelt ze in werking. Die groep bepaalt:

- de gegevens die moeten geregistreerd worden;
- de vorm waarin de gegevens geregistreerd en overgedragen worden;

- de modaliteiten van de jaarlijkse systematische studie van die gegevens;
- de vorm van het openbaar rapport dat jaarlijks op basis van die studie opgesteld wordt (zie § 3 van dit artikel).

§ 3. Elk centrum geeft zeer zorgvuldig zijn gegevens door in de vereiste vorm en volgens de regels die door de groep van experts zijn vastgelegd. Het WIV verzamelt de gegevens die door de centra bezorgd zijn. Het stelt jaarlijks volgens de regels die door de groep van experts vastgelegd zijn, een wetenschappelijke studie op over in het bijzonder:

- de evolutie van de demografische en epidemiologische gegevens;
- de evolutie van de klinische en biologische factoren;
- het opduiken van bepaalde pathologieën;
- de evolutie van de complicaties bij de patiëntenpopulatie die ten laste wordt genomen door de geconventioneerde referentiecentra.

Op basis van die studie zorgt het WIV jaarlijks voor:

- Een openbaar rapport met globale statistieken (waarin zowel de patiënten als de centra anoniem blijven) en een analyse van die statistieken. Dit rapport moet de referentiecentra en de beheersorganen van het R.I.Z.I.V. en elke persoon die bij die materie betrokken is, toelaten een overzicht van de sector te krijgen, meer bepaald van de voormelde punten, en de gepaste beslissingen te nemen.
- Een profiel van elke inrichting dat uitsluitend verstuurd wordt naar het centrum/de inrichting waarop dat profiel betrekking heeft. Op die manier kan het centrum zijn populatie en zijn resultaten vergelijken met de globale populatie en de globale resultaten die in het jaarlijks openbaar rapport vermeld worden.

§ 4. Het beheer van de cohorte wordt verzekerd door een beheersinstantie, de *Groep van Experts* genoemd. De groep van experts wordt voorgezeten door een lid van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid en is samengesteld als volgt:

- 2 vertegenwoordigers van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid;
- 1 of 2 vertegenwoordigers van elk geconventioneerd centrum, die ieder centrum zelf kan kiezen;
- 2 leden van het College van geneesheren-directeurs.

Elke vertegenwoordiger van het WIV en de centra is stemgerechtigd, de andere leden hebben een adviserende stem.

De leden van de groep van experts krijgen geen vergoeding. Ze zijn noch rechtstreeks, noch onrechtstreeks verbonden aan de firma's die actief zijn op het gebied van diagnostiek of behandeling van hiv/aids of aan de stichtingen die opgericht zijn door die firma's. Ze verbinden zich ertoe om elk belangenconflict waarmee ze bij de uitoefening van hun opdracht geconfronteerd worden, mee te delen.

De werking van die groep van experts en hun relaties met het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid worden gedefinieerd in een document dat door alle partijen ondertekend wordt. In dat document worden de verantwoordelijkheden gepreciseerd van het WIV als «verantwoordelijke voor de verwerking», zoals vermeld in § 5 van dit artikel.

§ 5. Het verzamelen, het bewaren, het overdragen en het gebruiken van de gegevens die zijn opgenomen in de hiv/aidscohort verlopen overeenkomstig de wettelijke en deontologische verplichtingen betreffende het respect voor het medisch beroepsgeheim en de bescherming van de persoonlijke levenssfeer. De gegevens die overgedragen en/of gebruikt worden voor statistische analyse, worden altijd voorafgaand aan hun overdracht en analyse geanonimiseerd.

Het WIV neemt de rol van «verantwoordelijke voor de verwerking» op zich, zoals bedoeld in de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens. Het WIV neemt alle nuttige maatregelen met het oog op de naleving van die wet.

§ 6. De ontwikkeling, het up-to-date houden en de wetenschappelijke bestudering van de cohort worden gefinancierd door het R.I.Z.I.V. dat aan het WIV het jaarlijks bedrag stort, vastgelegd in de overeenkomst die met het oog daarop tussen het R.I.Z.I.V. en het WIV is gesloten.

§ 7. Wanneer het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid de Dienst voor geneeskundige verzorging met een aangetekend schrijven in kennis stelt van het feit dat de inrichting de gevraagde gegevens niet of niet op de overeengekomen manier en/of binnen de vastgestelde termijnen verstrekt, worden de betalingen door de verzekeringsinstellingen voor de verstrekkingen die deze overeenkomst voorziet, meteen opgeschort totdat de inrichting haar verplichtingen nakomt, op voorwaarde dat de inrichting de mogelijkheid heeft gekregen om schriftelijk aan de Dienst voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V. uit te leggen waarom zij haar verplichtingen niet is nagekomen.

§ 8. Als de inrichting die deze overeenkomst heeft gesloten, de activiteiten die deze overeenkomst voorziet, op een andere site verricht dan de hoofdsite, moet ook die andere site deelnemen aan dit initiatief en daartoe alle nuttige gegevens ter zake overmaken aan de inrichting die deze overeenkomst heeft ondertekend. De inrichting zal dan alle gegevens (de gegevens van de inrichting en de gegevens van de site van de inrichting) overmaken aan het WIV.

ALGEMENE BEPALINGEN

Artikel 22.

Om de kwaliteit van de tenlasteneming te waarborgen, verbindt de inrichting zich ertoe om aan ieder lid van het eigen multidisciplinaire team en aan alle leden van het team die werkzaam zijn in een eventuele lokale antenne een exemplaar te bezorgen van deze overeenkomst. De inrichting bewaart de ontvangstbewijzen die het personeel in dat verband heeft ondertekend, en houdt ze ter beschikking van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V.

Artikel 23.

De inrichting verbindt zich ertoe aan de Dienst voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V. of aan de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling, alle informatie te bezorgen die op therapeutisch en - exclusief voor de Dienst voor geneeskundige verzorging - financieel vlak of met het oog op het algemene beheer van de overeenkomsten, gevraagd wordt.

De inrichting verbindt zich er tevens toe alle afgevaardigden van het R.I.Z.I.V. of van de verzekeringsinstellingen toe te laten de bezoeken af te leggen die zij daartoe nuttig achten.

NAUWKEURIGE REGISTRATIE VAN DE ACTIVITEITEN**Artikel 24.**

§ 1. Gedurende de volledige geldigheidsperiode van deze overeenkomst (dus voor een periode van 2 jaar) moeten de referentiecentra de activiteiten die zij in het kader van deze overeenkomst verrichten, nauwkeurig registreren.

Die registratie moet voldoende aantonen waarvoor de beschikbare middelen die zij via deze overeenkomst ontvangen, werden gebruikt en moet ook aantonen dat die middelen absoluut noodzakelijk zijn voor de uitvoering van een programma dat de door deze overeenkomst beoogde patiënten kunnen genieten.

§ 2. Die registratie moet door de referentiecentra op uniforme wijze worden verricht en moet minstens de volgende gegevens bevatten:

• ~~Gegevens betreffende het werk met de~~ **verzekerde** ~~patiënten die alleen door de artsen worden opgevolgd (monodisciplinaire follow-up);~~

- Aantal patiënten met uitsluitend een monodisciplinaire follow-up binnen de inrichting;
- Geïnvesteerde arbeidstijd voor die patiënten;
- Inhoud van het werk voor die patiënten;
- Enz.

• ~~Gegevens betreffende het rechtstreekse werk met de~~ **verzekerde** ~~patiënten met een multidisciplinaire follow-up;~~

- Betrokken disciplines per patiënt;
- Duur van de contacten per discipline en per patiënt;
- De vermelding dat het gaat om een monodisciplinaire raadpleging of om een coconsultatie met vermelding van de betrokken disciplines en de duur van de raadplegingen;
- Enz

• ~~Gegevens betreffende het onrechtstreekse werk (werk waarbij de patiënt niet aanwezig is) voor de~~ **verzekerde** ~~patiënten met een multidisciplinaire follow-up;~~

- Wie verricht het onrechtstreekse werk?
- Welke taken worden verricht?
- Duur van die taken
- Enz.

• Gegevens betreffende het multidisciplinair werken en het werken in netwerk voor de **verzekerde** patiënten met een multidisciplinaire follow-up:

- Organisatie van een teamvergadering: hoe vaak en met welke teamleden?
- Agendapunten van de teamvergaderingen
- Overleg met andere diensten? Welke stappen worden ondernomen en hoeveel tijd nemen die stappen in beslag?
- Overleg met de eerste lijn? Welke stappen worden ondernomen en hoeveel tijd nemen die stappen in beslag?
- Enz.

• Gegevens betreffende de follow-up van de **niet-verzekerde** patiënten:

- Welk statuut hebben de niet-verzekerde patiënten?
- Welke taken worden voor die patiënten verricht?
- Duur van de contacten per discipline voor die patiënten;
- Enz.

• Gegevens betreffende de inhoud van het werk per discipline:

Met de gegevens die moeten worden overgemaakt, moet men in staat zijn om de concrete taken weer te geven die door de verschillende disciplines worden verricht.

• Gegevens met betrekking tot de eventuele toepassing van de overeenkomst op andere sites:

- Op welke site(s) worden de activiteiten die deze overeenkomst voorziet, verricht?
- Hoeveel patiënten worden ten laste genomen op de andere sites?
- Hoe wordt het werk op de andere site(s) concreet georganiseerd?
- Hoe vaak worden er teamvergaderingen georganiseerd (intern binnen de andere site(s) en met het team van de hoofdzetel)?
- Enz.

• Gegevens betreffende de resultaten van de tenlasteneming van de patiënten in het kader van deze overeenkomst ("kwaliteit van het werk"):

Dienaangaande moet op basis van nog te bepalen indicatoren aangetoond worden op welke wijze de tenlasteneming in een gespecialiseerd referentiecentrum een meerwaarde biedt voor de patiënten, welke verschillen dit voor de patiënt kan opleveren als hij in een referentiecentrum wordt gevolgd, welke voordelen die tenlasteneming biedt voor de patiënten, enz.

§ 3. De nauwkeurige registratie van de activiteiten mag gedeeltelijk verricht worden, in overleg met het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid dat de peer review organiseert, waarvan sprake is in artikel 21 van deze overeenkomst.

§ 4. De inrichtingen moeten een gemeenschappelijk registratievoorstel uitwerken om de toepassing van de bepalingen van dit artikel te concretiseren. Dit voorstel zal binnen de 3 maanden die volgen op de inwerkingtreding van deze overeenkomst aan het College van geneesheren-directeurs worden voorgelegd.

Het College van geneesheren-directeurs zal nagaan of het voorstel van de inrichtingen daadwerkelijk

beantwoordt aan de verwachtingen van dit artikel. Als het College van geneesheren-directeurs meent dat het voorstel niet aan zijn verwachtingen beantwoordt, zullen de inrichtingen hun voorstel aanpassen, rekening houdende met de opmerkingen van het College. Het College zal aanpassingen vragen tot het voorstel van de inrichtingen aan de verwachtingen beantwoordt.

TUSSENTIJDSE EVALUATIE

Artikel 25.

Hoewel deze overeenkomst, overeenkomstig de bepalingen van § 1 van artikel 27, geldig is voor een bepaalde duur van 2 jaar, moet er een jaar na de inwerkingtreding van deze overeenkomst een tussentijdse evaluatie worden verricht.

Deze evaluatie heeft tot doel een stand van zaken op te maken van de vorderingen van het werk dat overeenkomstig de bepalingen van artikel 24 van deze overeenkomst moet worden verricht.

Die evaluatie zal worden verricht door het College van geneesheren-directeurs in samenwerking met de hiv/aids-referentiecentra.

Als het College van geneesheren-directeurs op basis van de elementen waaruit die evaluatie zal bestaan, oordeelt dat de vorderingen inzake de toepassing van de bepalingen van artikel 24 van deze overeenkomst onvoldoende zijn, kan het College van geneesheren-directeurs aan het Verzekeringscomité voorstellen om deze overeenkomst op te zeggen, mits inachtneming van de voorwaarden, vastgesteld in artikel 27, § 2 van deze overeenkomst, en kan het College aan het Verzekeringscomité voorstellen om een andere overeenkomst te sluiten.

Als uit die evaluatie duidelijk blijkt dat de vorderingen inzake de toepassing van de bepalingen van artikel 24 van deze overeenkomst voldoende zijn, zal het College van geneesheren-directeurs deze overeenkomst laten doorlopen tot het einde van de geldigheidsperiode.

De tussentijdse evaluatie moet uiterlijk een jaar na de inwerkingtreding van deze overeenkomst plaatsvinden, dus uiterlijk tegen 31 juli 2015.

OVERGANGSBEPALINGEN VOOR HET JAAR 2014

Artikel 26.

§ 1. Rekening houdende met de datum van inwerkingtreding van deze overeenkomst en met de bedragen van de jaarforfaits die in 2014 vóór en na die datum van toepassing zijn, wordt het totaalbedrag van de verstrekkingen die (op basis van deze overeenkomst en de vorige overeenkomst die door deze overeenkomst wordt vervangen) door de verzekeringsinstellingen worden terugbetaald en die in de loop van 2014 worden verricht, voor dat jaar 2014 beperkt tot **### euro**. Van dat bedrag is **### euro** indexeerbaar en **### euro** niet-indexeerbaar. De totale geldelijke waarde van alle basisforfaits en verhoogde forfaits die in 2014 vóór of na de datum van inwerkingtreding van deze overeenkomst verricht zijn en aan de verzekeringsinstellingen worden aangerekend (ongeacht de facturatedatum), mag hoe dan ook nooit hoger liggen dan dit bedrag dat als de jaarlijkse enveloppe van de inrichting voor het jaar 2014 beschouwd moet worden.

De bepalingen van artikel 12, §§ 2, 3 en 4 zijn ook van toepassing op die jaarlijkse enveloppe van het jaar 2014.

De inrichting verbindt zich ertoe die jaarlijkse enveloppe in haar facturatie aan de verzekeringsinstellingen niet te overschrijden.

§ 2. Indien de inrichting die deze overeenkomst heeft gesloten, bij het factureren aan de verzekeringsinstellingen van vóór 1 augustus 2014 gerealiseerde verstrekkingen voor patiënten die in het kader van de vorige overeenkomst ten laste zijn genomen, de jaarlijkse enveloppe voor het jaar 2014, vermeld in § 1 van dit artikel, al vóór de inwerkingtreding van deze overeenkomst heeft overschreden, moet de inrichting het bedrag van alle verstrekkingen die boven de jaarlijkse enveloppe van het jaar 2014 zijn aangerekend, aan de betrokken verzekeringsinstellingen terugbetalen. Daarbij moet er rekening worden gehouden met de facturatedatum van die verstrekkingen en moeten dus de laatste gefactureerde verstrekkingen worden terugbetaald.

De inrichting moet de betrokken verzekeringsinstellingen terugbetalen binnen de 3 maanden die volgen op de inwerkingtreding van deze overeenkomst, dus uiterlijk op 31 oktober 2014.

§ 3. Onverminderd de bepalingen vermeld in §§ 1 en 2 van dit artikel, zal het voor het jaar 2014 verschuldigd forfait nog volgens de bepalingen van de vorige overeenkomst (dus op basis van het forfait dat in het kader van de vorige overeenkomst van toepassing was), worden terugbetaald als het gaat om patiënten die in 2014, vóór de inwerkingtreding van deze overeenkomst (dus vóór 1 augustus 2014), al de twee in het kader van de vorige overeenkomst vereiste tussenkomsten hebben genoten, ongeacht of het forfait al gefactureerd is of niet, op voorwaarde dat de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling, waarbij de patiënt is aangesloten, in het kader van de procedure bedoeld in artikel 14, de individuele aanvraag tot tenlasteneming voor het jaar 2014 uiterlijk op 31 augustus 2014 ontvangt. In dat geval telt dat forfait mee voor de enveloppe van het jaar 2014.

Voor die patiënten kan de volgende periode van tenlasteneming van een jaar die kan worden toegekend in het kader van onderhavige overeenkomst, overeenkomstig de bepalingen van artikel 15, § 1 van deze overeenkomst, pas van start gaan op de datum van het eerste contact van het jaar 2015.

§ 4. Voor de patiënten die in 2014 vóór de inwerkingtreding van deze overeenkomst (dus vóór 1 augustus 2014) geen enkel contact hebben genoten, zal de periode van tenlasteneming worden vastgesteld overeenkomstig de bepalingen van artikel 15, § 1 van deze overeenkomst (begin van de periode van tenlasteneming = datum van het eerste contact met de patiënt).

Onverminderd de bepalingen vermeld in §§ 1 en 2 van dit artikel, wordt het forfait, vastgesteld krachtens de bepalingen van de artikelen 10 en 11 van deze overeenkomst, enkel terugbetaald in het kader van deze overeenkomst, wanneer op minstens 2 verschillende dagen, minstens 2 face-to-face-contacten (in aanwezigheid van de patiënt) met een totale duur van minimaal 1 uur zijn verricht.

Dat forfait telt dan mee voor de enveloppe die betrekking heeft op het jaar 2014, als het 2^{de} contact heeft plaatsgevonden tijdens het jaar 2014 of telt mee voor de enveloppe die betrekking heeft op het jaar 2015, als het 2^{de} contact heeft plaatsgevonden in 2015.

§ 5. Voor de patiënten die vóór de inwerkingtreding van deze overeenkomst (dus vóór 1 augustus 2014) al één contact hebben genoten in 2014, stemt de begindatum van de periode van tenlasteneming in het kader van deze overeenkomst overeen met de datum van dat eerste contact in 2014.

Onverminderd de bepalingen vermeld in §§ 1 en 2 van dit artikel, wordt het forfait, vastgesteld krachtens de bepalingen van de artikelen 10 en 11 van deze overeenkomst, enkel terugbetaald in het kader van deze overeenkomst, wanneer op 2 verschillende dagen, 2 face-to-face-contacten (in aanwezigheid van de patiënt) met een totale duur van minimaal 1 uur zijn verricht.

Dat forfait telt dan mee voor de enveloppe die betrekking heeft op het jaar 2014, als het 2^{de} contact heeft plaatsgevonden tijdens het jaar 2014 of telt mee voor de enveloppe die betrekking heeft op het jaar 2015, als het 2^{de} contact heeft plaatsgevonden in 2015.

§ 6. Voor het jaar 2014 wordt slechts één forfait per patiënt en per jaar terugbetaald, zelfs voor de patiënten die door verschillende inrichtingen die deze overeenkomst hebben ondertekend, werden gevolgd.

§ 7. Hoewel het bedrag dat bestemd is om de kosten te dekken van de gegevensverzameling die wordt georganiseerd in samenwerking met het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid nog inbegrepen is in de forfaits voor de eerste 7 maanden van het jaar 2014 (vóór de inwerkingtreding van deze overeenkomst), moet de inrichting dat bedrag niet meer storten aan het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid voor de patiënten die tijdens die eerste 7 maanden van het jaar 2014 werden gevolgd en beantwoorden aan de voorwaarden van de vorige overeenkomst (2 verplichte tussenkomsten) tijdens die periode van het jaar. Onverminderd de bepalingen vermeld in § 2 van dit artikel, mag de inrichting dus het volledige forfaitbedrag dat zij aan de verzekeringsinstellingen van de desbetreffende patiënten aanrekent, behouden. Het volledige bedrag van die forfaits telt echter mee voor de enveloppe die betrekking heeft op het jaar 2014.

GELDIGHEIDSDUUR

Artikel 27.

§ 1. Deze overeenkomst, opgemaakt in twee exemplaren en behoorlijk ondertekend door beide partijen, treedt in werking op **1 augustus 2014** en geldt voor een bepaalde duur van twee jaar, dus tot 31 juli 2016.

Ze heeft tot gevolg dat de aidsovereenkomst die op ### is gesloten tussen het Comité van de Verzekering voor Geneeskundige Verzorging van het R.I.Z.I.V. en de inrichting waarvan in deze overeenkomst sprake is, vanaf 1 augustus 2014 vervalt.

§ 2. De overeenkomst kan te allen tijde door één van de partijen worden beëindigd met een per post aangetekende brief die aan de andere partij wordt gericht, mits inachtneming van een opzeggingstermijn van drie maanden die ingaat op de eerste dag van de maand die volgt op de verzendingsdatum van de aangetekende brief.

§ 3. De bijlagen bij deze overeenkomst maken integrerend deel uit van de overeenkomst, maar wijzigen niets aan de eigenlijke bepalingen ervan. Het gaat om de volgende bijlagen:

- ✕ Bijlage 1 A: Voorbeeld van toepassing van bepalingen van deze overeenkomst (artikel 5 § 2)
- ✕ Bijlage 1 B: Voorbeeld van geleidelijke uitbreiding van het team tewerkgesteld in het kader van de overeenkomst (artikel 5 § 4)
- ✕ Bijlage 2: Voorbeeld van toepassing van bepalingen van deze overeenkomst (artikel 10 § 2)
- ✕ Bijlage 3: Detail van de berekening van het bedrag van de verstrekkingen die deze overeenkomst voorziet

- ✘ Bijlage 4: Protocol voor het vastleggen van de jaarlijkse enveloppe per centrum
- ✘ Bijlage 5: Aanvraagformulier om tenlasteneming

VOOR DE INRICHTENDE MACHT VAN HET
REFERENTIECENTRUM,

De beheerder,

VOOR HET MULTIDISCIPLINAIRE
REVALIDATIETEAM,

De verantwoordelijke geneesheer,

VOOR HET COMITE VAN DE VERZEKERING VOOR
GENEESKUNDIGE VERZORGING VAN HET
RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE- EN
INVALIDITEITSVERZEKERING

Brussel,

De Leidend Ambtenaar,

H. DE RIDDER
Directeur-generaal.

.

BIJLAGE I A

Vertrekhypothese:

Voor het jaar y heeft het referentiecentrum in totaal 340 patiënten gevolgd:

- Voor 320 patiënten werd er een basisforfait aangerekend.
- Voor 20 patiënten werd er een verhoogd forfait aangerekend.

Noodzakelijke omkadering voor het basisforfait:

Basisforfait			Basisforfait
Personeelsnorm 250 patiënten			Personeelsnorm 320 patiënten
Functie	Aantal VTE's per 250 patiënten	Uren per patiënt per jaar	Aantal VTE's voor 320 patiënten
Arts	0,10710	0,7	0,13709
Licenciaat in de psychologie	0,38250	2,5	0,48960
Graduaat (Diëtist, sociaal verpleegkundige of maatschappelijk werker, verpleegkundige)	1,40759	9,2	1,80171
Secretariaat	0,25096	1,6403	0,32123
Totaal	2,14815	14,0403	2,74963

Noodzakelijke omkadering voor het verhoogd forfait:

Verhoogd forfait			Verhoogd forfait
Personeelsnorm 250 patiënten			Personeelsnorm 20 patiënten
Functie	Aantal VTE's per 250 patiënten	Uren per patiënt per jaar	Aantal VTE's voor 20 patiënten
Arts	0,16065	1,05	0,01285
Licenciaat in de psychologie	0,57375	3,75	0,04590
Graduaat (Diëtist, sociaal verpleegkundige of maatschappelijk werker, verpleegkundige)	2,11138	13,8	0,16891
Secretariaat	0,37645	2,46045	0,03012
Totaal	3,22	21,06045	0,25778

Totale noodzakelijke omkadering:

Basisforfait: 2,74963 VTE's

Verhoogd forfait: 0,25778 VTE

TOTAAL: 3,00741 VTE's om de 340 patiënten die in het referentiecentrum worden gevolgd, voor het jaar y te begeleiden.

BIJLAGE I B.

Basisforfait									
Personeelsnorm 250 patiënten			Toepassing van de personeelsnorm in functie van het aantal gevolgde patiënten Aantal VTE's						
Functie	Aantal VTE's per patiënten	Uren per patiënt per jaar	300 patiënten	350 patiënten	400 patiënten	450 patiënten	500 patiënten	1000 patiënten	2000 patiënten
Arts	0,10710	0,7	0,12852	0,14994	0,17136	0,19278	0,21420	0,42840	0,85679
Licentiaat in de psychologie	0,38250	2,5	0,45900	0,53550	0,61200	0,68849	0,76499	1,52999	3,05998
Graduaat (Diëtist, sociaal verpleegkundige of maatschappelijk werker, verpleegkundige)	1,40759	9,2	1,68911	1,97062	2,25214	2,53366	2,81518	5,63035	11,26071
Secr.	0,25096	1,6403	0,30116	0,35135	0,40154	0,45174	0,50193	1,00386	2,00771
Totaal	2,14815	14,0403	2,57778	3,00741	3,43704	3,86667	4,29630	8,59259	17,18519

Het gaat om indicatieve cijfers. De omkadering moet altijd worden aangepast in functie van het aantal patiënten dat een referentiecentrum volgt. Aanpassingen van de omkadering kunnen dus eveneens noodzakelijk zijn wanneer een referentiecentrum bijvoorbeeld 800 patiënten, 1.250 patiënten, 1.500 patiënten, enz. volgt (situaties die niet in de bovenstaande tabel zijn opgenomen).

Verhoogd forfait								
Personeelsnorm 250 patiënten			Toepassing van de personeelsnorm in functie van het aantal gevolgde patiënten: Aantal VTE's					
Functie	Aantal VTE's per 250 patiënten	Uren per patiënt per jaar	25 patiënten	50 patiënten	75 patiënten	100 patiënten	125 patiënten	150 patiënten
Arts	0,16065	1,05	0,01606	0,03213	0,03442	0,06426	0,08032	0,09639
Licenciaat in de psychologie	0,57375	3,75	0,05737	0,11475	0,12295	0,22950	0,28687	0,34425
Graduaat (Diëtist, sociaal verpleegkundige of maatschappelijk werker, verpleegkundige)	2,11138	13,8	0,21114	0,42228	0,45244	0,84455	0,05569	1,26683
Secr.	0,37645	2,46045	0,03764	0,07529	0,08067	0,15058	0,18822	0,22587
Totaal	3,22	21,06045	0,32222	0,64444	0,69048	1,28889	1,6111	1,9333

Het gaat om indicatieve cijfers. De omkadering moet altijd worden aangepast in functie van het aantal patiënten dat een referentiecentrum volgt. Aanpassingen van de omkadering kunnen dus eveneens noodzakelijk zijn wanneer een referentiecentrum bijvoorbeeld 80 patiënten, 100 patiënten, 120 patiënten, enz. volgt (situaties die niet in de bovenstaande tabel zijn opgenomen).

BIJLAGE II

Voorbeeld inzake de toepassing van sommige bepalingen van de overeenkomst

Het onderstaande voorbeeld illustreert de toepassing van artikel 10, § 2 van de overeenkomst. Het geldt als interpretatieregel voor die bepalingen.

Voorbeeld inzake de toepassing van artikel 10, § 2:

Een rechthebbende ontmoet op 15.04.2015 voor de eerste keer een lid van het multidisciplinair team van het centrum in het kader van een revalidatieprogramma. Gedurende het jaar dat volgt, heeft dat teamlid minstens twee face-to-facecontacten met de rechthebbende van minstens één uur in totaal. De realisatie van die eerste verstrekking loopt dus van 15.04.2015 tot en met 14.04.2016.

Als het teamlid tijdens het jaar dat volgt op die eerste periode minstens twee face-to-facecontacten van minstens één uur in totaal met de rechthebbende heeft, kan er een nieuwe verstrekking worden gefactureerd. Op basis van de overeenkomst wordt aangenomen dat die verstrekking ingaat op 15.04.2016 en dat ze wordt beëindigd op 14.04.2017, ongeacht de data van de contacten.

Als het teamlid vervolgens in de loop van een periode van een jaar **niet** minstens twee face-to-facecontacten van minstens één uur in totaal met de rechthebbende heeft, zal de volgende verstrekking ingaan op de datum van het eerste oorspronkelijke face-to-facecontact (15.04) en zal ze een jaar duren indien tijdens het beschouwde jaar twee contacten van minimum één uur in totaal hebben plaatsgevonden, ongeacht de data van de contacten.

BIJLAGE IIIBerekening van de kosten van de omkadering in het kader van de overeenkomst

De berekening is gebaseerd op:

1. Een (forfaitaire) anciënniteit van 15 jaar voor alle leden van het team;
2. De personeelskosten, berekend op basis van de loonschalen van het Paritair Comité 330 die van toepassing zijn op de ziekenhuizen, behalve voor de arts (cf. punt 3 hieronder);
3. Voor de arts, loonschaal adviserend geneesheer bij een verzekeringsinstelling;
4. Geen onregelmatige uren, geen functietoeslag voor het diensthoofd, geen vermindering van arbeidsprestaties in het kader van de eindeloopbaanproblematiek;
5. bijkomend 10 % van het maandelijks brutoloon voor het coördinatiehonorarium voor de arts;
6. Algemene kosten = 10 % van het totaalbedrag van de verstrekking.

De vrijstelling van arbeidsprestaties in het kader van de eindeloopbaanproblematiek wordt niet in aanmerking genomen. Daartoe is een andere financiële regeling voorzien. Als sommige teamleden een dergelijke vrijstelling van arbeidsprestaties genieten, moet die worden gecompenseerd door de aanwerving van bijkomend personeel (in dezelfde orde van grootte).

A. JAARLIJKS BASISFORFAIT

	Uren/Patiënt/Jaar	Personeelskader voorzien voor 250 patiënten	Personeelskader voorzien voor 250 patiënten (VTE)	Jaarlijkse loonkost voor 1 VTE	Jaarlijkse kost voorzien voor 250 patiënten
Arts	0,7	175	0,10710	156.731,42 €	16.785,80 €
Maatschappelijk werker of sociaal verpleegkundige	3,5	875	0,53550	59.192,31 €	31.697,23 €
Verpleegkundige	4,5	1125	0,68849	59.192,31 €	40.753,58 €
Diëtist	1,2	300	0,18360	59.192,31 €	10.867,62 €
Psycholoog	2,5	625	0,38250	74.898,49 €	28.648,44 €
Administratief Secretariaat	1,6403	410,075	0,25096	47.102,97 €	11.821,14 €
TOTAAL	14,0403	3510,075	2,14815	456.309,83 €	140.573,82 €

De jaarlijkse totale kost van de overeenkomst bedraagt, voor 250 patiënten, 140.573,82 € (personeelskosten) waaraan de algemene kosten van 15.619,31 € toegevoegd worden. Het jaarlijkse totaal bedraagt bijgevolg 156.193,14 €.

De jaarlijkse prijs per patiënt en per verstrekking bedraagt **624,77 €** (prijs gekoppeld aan het spilindexcijfer 119,62) :

→ waarvan het indexeerbaar gedeelte: 603,94 €

→ waarvan het niet-indexeerbaar gedeelte : 20,83 €

B. JAARLIJKS VERHOOGD FORFAIT

	Uren/patiënt/jaar	Personeelskader voorzien voor 250 patiënten (uren)	Personeelskader voorzien voor 250 patiënten (VTE)	Jaarlijkse loonkost voor 1 VTE	Jaarlijkse kost voorzien voor 250 patiënten
Arts	1,05	262,5	0,16065	156.731,42 €	25.178,70 €
Maatschappelijk werker of sociaal verpleegkundige	5,25	1312,5	0,80324	59.192,31 €	47.545,85 €
Verpleegkundige	6,75	1687,5	1,03274	59.192,31 €	61.130,37 €
Diëtist	1,80	450	0,27540	59.192,31 €	16.301,43 €
Psycholoog	3,75	937,5	0,57375	74.898,49 €	42.972,67 €
Administratief Secretariaat	2,46	615,1125	0,37645	47.102,97 €	17.731,72 €
TOTAAL	21,06045	5265,1125	3,22222	456.309,83 €	210.860,74 €

De jaarlijkse totale kost van de overeenkomst bedraagt, voor 250 patiënten, 210.860,74 € (personeelskosten) waaraan de algemene kosten van 23.428,97 € toegevoegd worden. Het jaarlijkse totaal bedraagt bijgevolg 234.289,71 €.

De jaarlijkse prijs per verstrekking bedraagt **937,16 €** (prijs gekoppeld aan het spilindexcijfer 119,62) :

→ waarvan het indexeerbaar gedeelte: 905,92 €

→ waarvan het niet-indexeerbaar gedeelte : 31,24 €

BIJLAGE IV**Protocol voor de vaststelling van de jaarlijkse enveloppe: bestaande referentiecentra**

In artikel 12 van de overeenkomst is bepaald dat de inrichting de verstrekkingen die in het kader van de overeenkomst zijn vastgelegd, alleen aan de verzekeringsinstellingen mag aanrekenen binnen de grenzen van een budgettaire enveloppe die de inrichting niet mag overschrijden. Artikel 26 voorziet een enveloppe specifiek voor 2014.

Deze budgettaire enveloppes werden berekend op basis van de volgende principes:

Voor de enveloppe 2014.:

1) Het aantal patiënten dat wordt gevolgd in het kader van de hiv/aids-overeenkomst die met de inrichting is gesloten.

Die patiëntenaantallen werden afgeleid uit de productiecijfers 2013 die de inrichting overeenkomstig de geldende bepalingen heeft verstuurd.

2) Het aantal patiënten waarvan in het eerste punt sprake is, werd vervolgens gedeeld door het totale aantal hiv/aids-patiënten dat wordt gevolgd door alle reeds bestaande inrichtingen die de hiv/aids-overeenkomst hebben gesloten (het totale aantal werd eveneens uit de productiecijfers afgeleid).

Zo kon een verhouding van het aantal hiv/aids-patiënten per centrum in vergelijking met het totale aantal hiv/aids-patiënten van alle centra bepaald worden.

3) Het beschikbare budget werd, als volgt berekend:

Uitgaven van alle reeds bestaande hiv/aids-referentiecentra op basis van de geboekte uitgaven van 2013
= 7.942.085,84 EUR, waarvan het bedrag dat bestemd is voor de registratie werd afgetrokken, aangezien er een rechtstreeks contract tussen het RIZIV en het WIV zal opgesteld worden overeenkomstig de bepalingen van artikel 21, § 6 van de overeenkomst = (10.190 patiënten overeenkomstig de geboekte uitgaven X 10,57 euro) = 107.708,3 EUR.

⇒ 7.942.085,84 euro – 107.708,3 euro = **7.834.377,54 EUR**

Gezien het feit dat de datum van invoegetrede van de overeenkomst vastgelegd werd op 1 augustus 2014, dat hierdoor de 7 eerste maanden van het jaar nog gedekt zijn door de vroegere overeenkomst (van 1 januari 2014 tot en met 31 juli 2014) en dat de 5 laatste maanden van het jaar (van 1 augustus 2014 tot en met 31 december 2014) onder de bepalingen van de nieuwe overeenkomst vallen (met een vermindering van het forfait van 20% en de invoering van een jaarenveloppe), kan men het beschikbare budget als volgt berekenen :

**(7.834.377,54 EUR/12)*7 (= 4.570.053,57 €)
+ ((7.834.377,54 EUR/12)*5) – 20% (= 2.611.459,18 €)
= 7.181.512,75 €**

Het beschikbare budget dat te verdelen is onder de reeds bestaande referentiecentra bedraagt bijgevolg 7.181.512,75 €.

Het beschikbare budget van 7.181.512,75 EUR voor alle reeds bestaande inrichtingen die een tenlasteneming voor hiv/aids-patiënten aanbieden, werd vervolgens verdeeld per centrum op basis van de verhouding van hiv/aids-patiënten waarvan in punt 2) van deze bijlage sprake is.

**

Volgens de productiecijfers 2013 heeft uw centrum in het kader van de overeenkomst ### hiv/aids-patiënten opgevolgd. Gelet op het totale aantal hiv/aids-patiënten dat wordt gevolgd door alle centra die de hiv/aids-overeenkomst hebben gesloten (### patiënten), wordt uw jaarlijkse enveloppe vastgesteld op ### EUR.

Voor de enveloppe vanaf 2015 :

1) Het aantal patiënten dat wordt gevolgd in het kader van de hiv/aids-overeenkomst die met de inrichting is gesloten.

Die patiëntenaantallen werden afgeleid uit de productiecijfers 2013 die de inrichting overeenkomstig de geldende bepalingen heeft verstuurd.

2) Het aantal patiënten waarvan in het eerste punt sprake is, werd vervolgens gedeeld door het totale aantal hiv/aids-patiënten dat wordt gevolgd door alle reeds bestaande inrichtingen die de hiv/aids-overeenkomst hebben gesloten (het totale aantal werd eveneens uit de productiecijfers afgeleid).

Zo kon een verhouding van het aantal hiv/aids-patiënten per centrum in vergelijking met het totale aantal hiv/aids-patiënten van alle centra bepaald worden.

3) Het beschikbare budget werd, als volgt berekend

Uitgaven van alle reeds bestaande hiv/aids-referentiecentra op basis van de geboekte uitgaven van 2013 =

7.942.085,84 EUR, waarvan het bedrag dat bestemd is voor de registratie werd afgetrokken, aangezien er een rechtstreeks contract tussen het RIZIV en het WIV zal opgesteld worden overeenkomstig de bepalingen van artikel 21, § 6 van de overeenkomst = (10.190 patiënten overeenkomstig de geboekte uitgaven X 10,57 euro) = 107.708,3 EUR.

⇒ 7.942.085,84 euro – 107.708,3 euro = 7.834.377,54 EUR

Vermindering van 20% van deze totale enveloppe : 7.834.377,54 EUR – 20% = 6.267.502,03 EUR

Het beschikbare budget van 6.267.502,03 EUR voor alle reeds bestaande inrichtingen die een tenlasteneming voor hiv/aids-patiënten aanbieden, werd vervolgens verdeeld per centrum op basis van de verhouding van hiv/aids-patiënten waarvan in punt 2) van deze bijlage sprake is.

**

Volgens de productiecijfers 2013 heeft uw centrum in het kader van de overeenkomst ### hiv/aids-patiënten opgevolgd. Gelet op het totale aantal hiv/aids-patiënten dat wordt gevolgd door alle centra die

de hiv/aids-overeenkomst hebben gesloten (### patiënten), wordt uw jaarlijkse enveloppe vastgesteld op ### EUR.

BIJLAGE V

AANVRAAGFORMULIER VOOR EEN TEGEMOETKOMING VAN DE VERZEKERINGSINSTELLING IN DE KOSTEN VAN DE FOLLOW-UP DOOR EEN MEDISCH-PSYCHO-SOCIAAL REFERENTIECENTRUM

De rechthebbende moet dit formulier gebruiken om bij zijn verzekeringsinstelling (= ziekenfonds) een aanvraag in te dienen voor een tegemoetkoming in de kosten van de verstrekkingen die in het kader van de overeenkomst met de medisch-psycho-sociale referentiecentra worden verricht.

Deze procedure wordt geregeld bij artikel 23, § 1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

IN TE VULLEN DOOR DE RECHTHEBBENDE DIE TOT DE DOELGROEP VAN DE OVEREENKOMST BEHOORT

Identificatiegegevens van de rechthebbende (invullen als u niet over een kleeftbriefje van uw verzekeringsinstelling/ziekenfonds beschikt) of bevestig een kleeftbriefje op het formulier

Naam-Voornaam:
 Identificatienummer bij de Belgische sociale zekerheid (INSZ-nummer of rijksregisternummer):
 Geboortedatum: / /

Identificatiegegevens van het medisch-psycho-sociaal referentiecentrum:

Naam en adres:

.....

Aanvraag tot tegemoetkoming in de kosten van de multidisciplinaire begeleiding:

Ik vraag een tegemoetkoming van de ziekteverzekering (= mijn ziekenfonds) in de kosten van de multidisciplinaire begeleiding die door het voormelde medisch-psycho-sociaal referentiecentrum wordt verstrekt. Deze aanvraag geldt voor een periode van één jaar. Aan het einde van die periode van één jaar zal ik beslissen of ik die periode wens te vernieuwen.

☐ Ik verklaar ervan op de hoogte te zijn dat de voormelde multidisciplinaire begeleiding - naast de follow-up door een geneesheer-specialist van het centrum - ook de zorg- of hulpverlening van een verpleegkundige, psycholoog, maatschappelijk werker, diëtist, enz. kan omvatten, als die in de loop van de begeleiding wenselijk blijkt te zijn.

☐ Ik verklaar ervan op de hoogte te zijn dat het ook mogelijk is om gevolgd te worden door de geneesheer-specialist van het centrum, zonder de zorg- of hulpverlening van een psycholoog, maatschappelijke werker of diëtist. Als ik hiervoor kies, moet ik deze aanvraag om tegemoetkoming niet ondertekenen. De opvolging door het centrum zal dan worden beperkt tot de medische onderzoeken en adviezen, zonder psychosociale begeleiding en ondersteuning. Indien ik beslis om deze aanvraag om

tegemoetkoming nu niet te ondertekenen, dan kan ik later eventueel toch nog een aanvraag om multidisciplinaire begeleiding indienen (zelfs indien ik de periode van multidisciplinaire begeleiding op een bepaald moment niet heb vernieuwd).

Aanvraag tot tegemoetkoming in mijn vervoerskosten

Ik ben er duidelijk van op de hoogte gebracht dat een tegemoetkoming in de vervoerskosten alleen mogelijk is voor de verplaatsingen in een voertuig aangepast voor het vervoer in een invalidenwagen, van en naar het referentiecentrum, in het kader van de multidisciplinaire begeleiding die binnen het kader van de overeenkomst wordt beoogd.

☐ Ik vraag een tegemoetkoming in de vervoerskosten

In dat geval moet ik bij dit formulier een gemotiveerd geneeskundig getuigschrift voegen, waaruit blijkt dat ik de verplaatsingen van en naar het referentiecentrum door de aard en de ernst van mijn aandoening alleen maar in mijn invalidenwagen kan afleggen.

☐ Ik vraag geen tegemoetkoming in mijn vervoerskosten

Datum van de aanvraag:/...../.....

Handtekening van de rechthebbende:

(indien deze aanvraag door een wettelijke vertegenwoordiger wordt ingevuld en ondertekend, moet zijn naam, zijn relatie tot de rechthebbende en zijn hoofdverblijfplaats worden vermeld: gemeente, straat en huisnummer)

Voorbehouden voor de adviserend geneesheer

Datum van ontvangst van deze aanvraag door de adviserend geneesheer:

....../...../.....

Beslissing:

☐ Gunstig

☐ Ongunstig

Motivering:

.....
.....

☐ Andere:

.....
.....

AANVRAAGFORMULIER VOOR EEN TEGEMOETKOMING VAN DE VERZEKERINGSINSTELLING IN DE KOSTEN VAN DE FOLLOW-UP DOOR EEN MEDISCH-PSYCHO-SOCIAAL REFERENTIECENTRUM

De rechthebbende moet dit formulier gebruiken om bij zijn verzekeringsinstelling (= ziekenfonds) een aanvraag in te dienen voor een tegemoetkoming in de kosten van de verstrekkingen die in het kader van de overeenkomst met de medisch-psycho-sociale referentiecentra worden verricht.

Deze procedure wordt geregeld bij artikel 23, § 1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

IN TE VULLEN DOOR DE RECHTHEBBENDE DIE TOT DE DOELGROEP VAN DE OVEREENKOMST BEHOORT

Identificatiegegevens van de rechthebbende (invullen als u niet over een kleefbriefje van uw verzekeringsinstelling/ziekenfonds beschikt) of bevestig een kleefbriefje op het formulier

Naam-Voornaam:
 Identificatienummer bij de Belgische sociale zekerheid (INSZ-nummer of rijksregisternummer):
 Geboortedatum: / /

Identificatiegegevens van het medisch-psycho-sociaal referentiecentrum:

Naam en adres:

.....

Aanvraag tot tegemoetkoming in de kosten van de multidisciplinaire begeleiding:

Ik vraag een tegemoetkoming van de ziekteverzekering (= mijn ziekenfonds) in de kosten van de multidisciplinaire begeleiding die door het voormelde medisch-psycho-sociaal referentiecentrum wordt verstrekt. Deze aanvraag geldt voor een periode van één jaar. Aan het einde van die periode van één jaar zal ik beslissen of ik die periode wens te vernieuwen.

☐ Ik verklaar ervan op de hoogte te zijn dat de voormelde multidisciplinaire begeleiding - naast de follow-up door een geneesheer-specialist van het centrum - ook de zorg- of hulpverlening van een verpleegkundige, psycholoog, maatschappelijk werker, diëtist, enz. kan omvatten, als die in de loop van de begeleiding wenselijk blijkt te zijn.

☐ Ik verklaar ervan op de hoogte te zijn dat het ook mogelijk is om gevolgd te worden door de geneesheer-specialist van het centrum, zonder de zorg- of hulpverlening van een psycholoog, maatschappelijke werker of diëtist. Als ik hiervoor kies, moet ik deze aanvraag om tegemoetkoming niet ondertekenen. De opvolging door het centrum zal dan worden beperkt tot de medische onderzoeken en adviezen, zonder psychosociale begeleiding en ondersteuning. Indien ik beslis om deze aanvraag om tegemoetkoming nu niet te ondertekenen, dan kan ik later eventueel toch nog een aanvraag om multidisciplinaire begeleiding indienen (zelfs indien ik de periode van multidisciplinaire begeleiding op een bepaald moment niet heb vernieuwd).

Datum van de aanvraag: / /

Handtekening van de rechthebbende:

(indien deze aanvraag door een wettelijke vertegenwoordiger wordt ingevuld en ondertekend, moet zijn naam, zijn relatie tot de rechthebbende en zijn hoofdverblijfplaats worden vermeld: gemeente, straat en huisnummer)

Voorbehouden voor de adviserend geneesheer

Datum van ontvangst van deze aanvraag door de adviserend geneesheer:

.... / /

Beslissing:

☐ Gunstig

☐ Ongunstig

Motivering:

.....

☐ Andere:

.....

MEDISCH VERSLAG DAT BIJ HET AANVRAAGFORMULIER TOT TEGEMOETKOMING VAN DE VERZEKERINGSINSTELLING IN DE KOSTEN VOOR DE FOLLOW-UP DOOR EEN MEDISCH-PSYCHO-SOCIAAL REFERENTIECENTRUM MOET WORDEN GEVOEGD

IN TE VULLEN DOOR HET MEDISCH-PSYCHO-SOCIAAL REFERENTIECENTRUM

I. Identificatiegegevens van de rechthebbende:

Identificatiegegevens van de rechthebbende (in te vullen als de rechthebbende niet over een kleeftbriefje van de verzekeringsinstelling beschikt) of een kleeftbriefje bevestigen

Naam-Voornaam:
 Identificatienummer van de Belgische sociale zekerheid (INSZ-nummer of rijksregisternummer):
 Geboortedatum: / /

II. Medische gegevens betreffende de rechthebbende:

De teamarts bevestigt dat de rechthebbende tot de volgende groep behoort (vink één of meerdere overeenkomstige vakjes aan):

☐ De rechthebbende komt in aanmerking voor **een jaarlijks basisforfait** :

☐ hiv-drager die tot een van de volgende groepen behoort:

- ☐ rechthebbende bij wie de diagnose pas is gesteld;
- ☐ rechthebbende bij wie de therapietrouw is bedreigd;
- ☐ rechthebbende die een risico vertoont om – hetzij aan zichzelf, hetzij aan anderen – (vermijdbare) schade toe te brengen of die een risico vertoont op psychiatrische decompensatie;
- ☐ rechthebbende met problemen op school of met professionele, familiale of affectieve problemen die verband houden met het feit dat hij seropositief is ;
- ☐ drugsverslaafde.
- ☐ rechthebbende die aan aids lijdt;

of

☐ De rechthebbende komt in aanmerking voor **verhoogde jaarforfait** :

- ☐ zwangere vrouw die drager is van het hiv-virus of die aan aids lijdt;
- ☐ zuigeling geboren uit een seropositieve moeder die nog in de fase van diagnostische onzekerheid verkeert;
- ☐ seronegatief kind, jonger dan 4 jaar, geboren uit een seropositieve moeder voor wie de eventuele nevenwerkingen van de antiretrovirale behandelingen waaraan het kind in utero is blootgesteld, altijd een onbekende factor blijven;
- ☐ seropositieve kinderen, jonger dan 18 jaar.

III. Identificatiegegevens van het referentiecentrum:

Identificatienummer:

Naam en adres:

.....

Naam en telefoonnummer van de contactpersoon:

.....

IV. Begin van de tenlasteneming die in het kader van de overeenkomst wordt gevraagd

Voor de rechthebbende is de begindatum¹ van de tenlasteneming in het kader van de overeenkomst:
 / /

Voor de nieuwe aanvragen:

Datum van het eerste contact: / / (stemt overeen met de begindatum van de gevraagde periode)

Betrokken discipline(s):

Duur contact(en) met deze discipline(s):

Datum van het tweede contact: / /

Betrokken discipline(s):

Duur contact(en) met deze discipline(s):

Voor de aanvragen om verlenging:

Datum van het eerste contact: / /

Betrokken discipline(s):

Duur contact(en) met deze discipline(s):

Datum van het tweede contact: / /

Betrokken discipline(s):

Duur contact(en) met deze discipline(s):

V. Einddatum van de tenlasteneming die in het kader van de overeenkomst wordt gevraagd

De einddatum van de tenlastenemingsperiode wordt vastgesteld op dag X-1 van de maand die het begin vormde van de oorspronkelijke tenlasteneming + 1 jaar of + 2 jaar of + 3 jaar, enz., dus tot / /

¹. Met begindatum wordt bedoeld de datum van het eerste face-to-facecontact tussen de patiënt en het team als het om een nieuwe patiënt gaat. Die begindatum wordt beschouwd als de oorspronkelijke begindatum die voor de volgende aanvragen om tegemoetkoming in aanmerking zal worden genomen.

Naam, datum en handtekening van de **arts van het geconventioneerde team**:

Naam:.....

Datum: / /

Handtekening:

A large empty rectangular box with a thin black border, intended for a signature.

RIZIV

Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering

«Identificatienummer_RIZIV»
«Benaming_ziekenhuis»
«Benaming_dienst»
«Beheerders»
«Verantwoordelijke_geneesheren»
«Straat__Nr»
«Postcode__Stad»

DIENT VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING

Correspondent: Céline Franken
Attaché
Tel: 02/739.73.90 **Fax:** 02/739.73.52
E-mail: celine.franken@riziv.fgov.be
Ons 1830/CF/2014/AIDS
kenmerk:

Brussel,

Betreft: Nieuwe HIV/AIDS overeenkomst

Geachte,

Tijdens zijn vergadering van 28 juli 2014 heeft het Verzekeringscomité de nieuwe HIV/AIDS overeenkomst goedgekeurd die wordt gesloten met de HIV/AIDS referentiecentra. Deze overeenkomst treedt in werking op 1 augustus 2014 en is geldig voor een bepaalde duur van 2 jaar (dus tot en met 31/07/2016).

Gelieve de twee exemplaren van de overeenkomst die als **bijlage 1** bij deze brief gaan zo snel mogelijk ondertekend naar ons terug te sturen. Wij verzoeken u ons beide exemplaren ondertekend door de daarvoor bevoegde personen, terug te zenden. Eén exemplaar, ondertekend door beide partijen, zal u nadien worden toegezonden.

Beide exemplaren moeten worden teruggestuurd naar het volgende adres:

RIZIV
Dienst voor Geneeskundige Verzorging
Directie Verzorgingsinstellingen en -diensten
Afdeling Revalidatie
Mevrouw Céline FRANKEN
Tervurenlaan 211
1150 Brussel.

Pas nadat u de overeenkomst heeft ondertekend, kunnen wij de verzekeringsinstellingen er van op de hoogte brengen dat uw inrichting de overeenkomst met het RIZIV heeft gesloten. Het is dan ook in het belang van uw inrichting dat beide exemplaren van de overeenkomst zo snel mogelijk ondertekend worden teruggestuurd.

Indien u vaststelt dat de door ons opgestelde overeenkomsten foutieve gegevens bevatten, bijvoorbeeld wat betreft de benamingen van de inrichtende macht of de inrichting, mag u deze gegevens met de hand verbeteren (en dat steeds paraferen) of eventueel ons uw correcties meedelen en vragen om u gecorrigeerde exemplaren ter ondertekening op te sturen. **Wat betreft het ondertekenen van de overeenkomst, vragen wij u deze te laten ondertekenen door één of meerdere personen die bevoegd zijn om de overeenkomst namens de inrichtende macht van de inrichting te sluiten, alsook door de hoofdgeneesheer van het HIV/AIDS referentiecentrum.**

Het identificatienummer van de overeenkomst dat aan uw inrichting wordt toegekend is hetzelfde als het nummer van uw oude overeenkomst, voor uw inrichting is het identificatienummer dus «**Identificatienummer_RIZIV**». **Het is belangrijk dat dit nummer op alle brieven en documenten die aan de verzekeringsinstellingen en/of aan het RIZIV worden gericht, wordt vermeld.**

Alle individuele aanvragen om terugbetaling van het programma in het kader van de overeenkomst, moeten worden ingediend door middel van het **aanvraagformulier** dat als **bijlage 2** gaat. Dit aanvraagformulier maakt tevens deel uit van de bijlagen bij de overeenkomst. Het formulier moet altijd door de patiënt worden ondertekend. Aan het formulier dient een **medisch verslag** toegevoegd te worden. Het medisch verslag vindt u tevens terug in bijlage 2 van deze brief. U kan het formulier en het medisch verslag ook terugvinden op de aids-pagina van onze website onder de volgende rubriek: Zorgverleners / Verzorgingsinstellingen en -diensten / Revalidatie / AIDS.

OPGELET: u dient nieuwe formulieren te gebruiken die niet van toepassing waren in het kader van de oude overeenkomst.

Overeenkomstig de bepalingen van artikel 14, § 4 van de overeenkomst blijft de **adviserend geneesheer** van de verzekeringsinstelling van de patiënt bevoegd om voor iedere patiënt afzonderlijk een individueel akkoord te verlenen voor de terugbetaling van het programma. De regel betreffende de **laattijdige aanvragen** (zie ook artikel 14 § 1 van de overeenkomst), zoals omschreven in artikel 142, § 2 van het voormelde Koninklijk Besluit, is eveneens van toepassing: de adviserend geneesheer moet de individuele aanvragen voor de terugbetaling van de programma's dus steeds binnen de 30 dagen na de gevraagde periode van 1 jaar, ontvangen hebben.

De periode van tenlasteneming die door de adviserend geneesheer kan worden toegestaan, mag niet langer dan **12 maanden** duren (cf. artikel 15 §1).

De verstrekkingen mogen pas worden **gefactureerd** nadat de adviserend geneesheer een individueel akkoord voor de betrokkene heeft gegeven. De beslissing wordt door de adviserend geneesheer van het betrokken ziekenfonds ter kennis gebracht.

Aangezien de overeenkomst stelt dat zowel voor de ambulante patiënten als voor de patiënten die in een ziekenhuis zijn opgenomen (jaar van de verstrekking), een forfait (basisforfait en verhoogd forfait) mag worden geattesteerd, worden er 4 pseudocodenummers aan de overeenkomst verbonden. De pseudocodenummers zijn, samen met de prijzen die vandaag van toepassing zijn, opgenomen in **bijlage 3** bij deze brief.

OPGELET: deze pseudocodes en prijzen verschillen van de pseudocodes en prijzen die van toepassing waren in het kader van de oude overeenkomst.

Op basis van de bepalingen van artikel 12 van de overeenkomst verbindt uw inrichting zich ertoe om vanaf 2015 de jaarlijkse enveloppe niet te overschrijden bij de facturatie aan alle verzekeringsinstellingen samen voor alle verstrekkingen die tijdens eenzelfde kalenderjaar werden verricht en aan de verzekeringsinstellingen werden geattesteerd: ##### EUR op jaarbasis.

Overeenkomstig de bepalingen van artikel 26 van de overeenkomst wordt, specifiek voor het jaar 2014, de jaarlijkse enveloppe als volgt vastgesteld: ##### EUR.

Artikel 17 van de overeenkomst bepaalt dat de inrichting trimestrieel de productiecijfers¹ via een informaticatoepassing aan de Dienst voor Geneeskundige Verzorging moet bezorgen. Een mail met alle instructies betreffende de aanpassingen die u moet doorvoeren in de informaticatoepassing zal verzonden worden naar de volgende contactpersoon :

Ik wil u er ook aan herinneren dat overeenkomstig de bepalingen van artikel 25 van de overeenkomst uw inrichting uiterlijk tegen 31 juli 2015 een **evaluatie** moet uitvoeren van de vorderingen van het

¹ Onder productiecijfers dient te worden verstaan: het aantal gedurende een bepaalde periode verrichte verstrekkingen, vermenigvuldigd met hun prijzen. De productiecijfers zijn bedoeld om het RIZIV snel op de hoogte te brengen van de uitgaven die de activiteiten van uw ziekenhuis (activiteiten in het kader van de overeenkomst) vermoedelijk zullen genereren. Zodra een verstrekking is verricht (dus zodra aan de vergoedingsvoorwaarden van de overeenkomst met betrekking tot die verstrekking is voldaan), moet ze in de productiecijfers worden opgenomen, ook als de verstrekking pas later wordt gefactureerd.

werk dat overeenkomstig de bepalingen van artikel 24 van de overeenkomst moeten worden verricht.

Ik trek eveneens uw aandacht op de bepalingen van artikel 26 van de overeenkomst die specifieke **overgangsmaatregelen voor het jaar 2014** vaststelt en waarmee u dus rekening dient te houden.

Hoogachtend

G. VERSCUREN,

Adviseur

**AANVRAAGFORMULIER VOOR EEN TEGEMOETKOMING VAN DE VERZEKERINGSINSTELLING IN DE
KOSTEN VAN DE FOLLOW-UP DOOR EEN MEDISCH-PSYCHO-SOCIAAL REFERENTIECENTRUM**

De rechthebbende moet dit formulier gebruiken om bij zijn verzekeringsinstelling (= ziekenfonds) een aanvraag in te dienen voor een tegemoetkoming in de kosten van de verstrekkingen die in het kader van de overeenkomst met de medisch-psycho-sociale referentiecentra worden verricht.

Deze procedure wordt geregeld bij artikel 23, § 1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

IN TE VULLEN DOOR DE RECHTHEBBENDE DIE TOT DE DOELGROEP VAN DE OVEREENKOMST BEHOORT

Identificatiegegevens van de rechthebbende (invullen als u niet over een kleefbriefje van uw verzekeringsinstelling/ziekenfonds beschikt) of bevestig een kleefbriefje op het formulier

Naam-Voornaam:
Identificatienummer bij de Belgische sociale zekerheid (INSZ-nummer of rijksregisternummer):
Geboortedatum: / /

Identificatiegegevens van het medisch-psycho-sociaal referentiecentrum:

Naam en adres:

.....
.....
.....

Aanvraag tot tegemoetkoming in de kosten van de multidisciplinaire begeleiding:

Ik vraag een tegemoetkoming van de ziekteverzekering (= mijn ziekenfonds) in de kosten van de multidisciplinaire begeleiding die door het voormelde medisch-psycho-sociaal referentiecentrum wordt verstrekt. Deze aanvraag geldt voor een periode van één jaar. Aan het einde van die periode van één jaar zal ik beslissen of ik die periode wens te vernieuwen.

☐ Ik verklaar ervan op de hoogte te zijn dat de voormelde multidisciplinaire begeleiding - naast de follow-up door een geneesheer-specialist van het centrum - ook de zorg- of hulpverlening van een verpleegkundige, psycholoog, maatschappelijk werker, diëtist, enz. kan omvatten, als die in de loop van de begeleiding wenselijk blijkt te zijn.

☐ Ik verklaar ervan op de hoogte te zijn dat het ook mogelijk is om gevolgd te worden door de geneesheer-specialist van het centrum, zonder de zorg- of hulpverlening van een psycholoog, maatschappelijke werker of diëtist. Als ik hiervoor kies, moet ik deze aanvraag om tegemoetkoming niet ondertekenen. De opvolging door het centrum zal dan worden beperkt tot de medische onderzoeken en adviezen, zonder psychosociale begeleiding en ondersteuning. Indien ik beslis om deze aanvraag om tegemoetkoming nu niet te ondertekenen, dan kan ik later eventueel toch nog een aanvraag om multidisciplinaire begeleiding indienen (zelfs indien ik de periode van multidisciplinaire begeleiding op een bepaald moment niet heb vernieuwd).

Aanvraag tot tegemoetkoming in mijn vervoerskosten

Ik ben er duidelijk van op de hoogte gebracht dat een tegemoetkoming in de vervoerskosten alleen mogelijk is voor de verplaatsingen in een voertuig aangepast voor het vervoer in een invalidenwagen, van en naar het referentiecentrum, in het kader van de multidisciplinaire begeleiding die binnen het kader van de overeenkomst wordt beoogd.

☐ Ik vraag een tegemoetkoming in de vervoerskosten

In dat geval moet ik bij dit formulier een gemotiveerd geneeskundig getuigschrift voegen, waaruit blijkt dat ik de verplaatsingen van en naar het referentiecentrum door de aard en de ernst van mijn aandoening alleen maar in mijn invalidenwagen kan afleggen.

☐ Ik vraag geen tegemoetkoming in mijn vervoerskosten

Datum van de aanvraag:/...../.....

Handtekening van de rechthebbende:

(indien deze aanvraag door een wettelijke vertegenwoordiger wordt ingevuld en ondertekend, moet zijn naam, zijn relatie tot de rechthebbende en zijn hoofdverblijfplaats worden vermeld: gemeente, straat en huisnummer)

Voorbehouden voor de adviserend geneesheer

Datum van ontvangst van deze aanvraag door de adviserend geneesheer:

....../...../.....

Beslissing:

☐ Gunstig

☐ Ongunstig

Motivering:

.....
.....

☐ Andere:

.....
.....

**AANVRAAGFORMULIER VOOR EEN TEGEMOETKOMING VAN DE VERZEKERINGSINSTELLING IN DE
KOSTEN VAN DE FOLLOW-UP DOOR EEN MEDISCH-PSYCHO-SOCIAAL REFERENTIECENTRUM**

De rechthebbende moet dit formulier gebruiken om bij zijn verzekeringsinstelling (= ziekenfonds) een aanvraag in te dienen voor een tegemoetkoming in de kosten van de verstrekkingen die in het kader van de overeenkomst met de medisch-psycho-sociale referentiecentra worden verricht.

Deze procedure wordt geregeld bij artikel 23, § 1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

IN TE VULLEN DOOR DE RECHTHEBBENDE DIE TOT DE DOELGROEP VAN DE OVEREENKOMST BEHOORT

Identificatiegegevens van de rechthebbende (invullen als u niet over een kleefbriefje van uw verzekeringsinstelling/ziekenfonds beschikt) of bevestig een kleefbriefje op het formulier

Naam-Voornaam:
Identificatienummer bij de Belgische sociale zekerheid (INSZ-nummer of rijksregisternummer):
Geboortedatum: / /

Identificatiegegevens van het medisch-psycho-sociaal referentiecentrum:

Naam en adres:

.....
.....
.....

Aanvraag tot tegemoetkoming in de kosten van de multidisciplinaire begeleiding:

Ik vraag een tegemoetkoming van de ziekteverzekering (= mijn ziekenfonds) in de kosten van de multidisciplinaire begeleiding die door het voormelde medisch-psycho-sociaal referentiecentrum wordt verstrekt. Deze aanvraag geldt voor een periode van één jaar. Aan het einde van die periode van één jaar zal ik beslissen of ik die periode wens te vernieuwen.

☐ Ik verklaar ervan op de hoogte te zijn dat de voormelde multidisciplinaire begeleiding - naast de follow-up door een geneesheer-specialist van het centrum - ook de zorg- of hulpverlening van een verpleegkundige, psycholoog, maatschappelijk werker, diëtist, enz. kan omvatten, als die in de loop van de begeleiding wenselijk blijkt te zijn.

☐ Ik verklaar ervan op de hoogte te zijn dat het ook mogelijk is om gevolgd te worden door de geneesheer-specialist van het centrum, zonder de zorg- of hulpverlening van een psycholoog, maatschappelijke werker of diëtist. Als ik hiervoor kies, moet ik deze aanvraag om tegemoetkoming niet ondertekenen. De opvolging door het centrum zal dan worden beperkt tot de medische onderzoeken en adviezen, zonder psychosociale begeleiding en ondersteuning. Indien ik beslis om deze aanvraag om tegemoetkoming nu niet te ondertekenen, dan kan ik later eventueel toch nog een aanvraag om multidisciplinaire begeleiding indienen (zelfs indien ik de periode van multidisciplinaire begeleiding op een bepaald moment niet heb vernieuwd).

Datum van de aanvraag:/...../.....

Handtekening van de rechthebbende:

(indien deze aanvraag door een wettelijke vertegenwoordiger wordt ingevuld en ondertekend, moet zijn naam, zijn relatie tot de rechthebbende en zijn hoofdverblijfplaats worden vermeld: gemeente, straat en huisnummer)

Voorbehouden voor de adviserend geneesheer
Datum van ontvangst van deze aanvraag door de adviserend geneesheer:/...../.....
Beslissing: ☐ Gunstig ☐ Ongunstig
Motivering:
☐ Andere:

MEDISCH VERSLAG DAT BIJ HET AANVRAAGFORMULIER TOT TEGEMOETKOMING VAN DE VERZEKERINGSINSTELLING IN DE KOSTEN VOOR DE FOLLOW-UP DOOR EEN MEDISCH-PSYCHO-SOCIAAL REFERENTIECENTRUM MOET WORDEN GEVOEGD

IN TE VULLEN DOOR HET MEDISCH-PSYCHO-SOCIAAL REFERENTIECENTRUM

I. Identificatiegegevens van de rechthebbende:

Identificatiegegevens van de rechthebbende (in te vullen als de rechthebbende niet over een kleeftbriefje van de verzekeringsinstelling beschikt) of een kleeftbriefje bevestigen

Naam-Voornaam:
Identificatienummer van de Belgische sociale zekerheid (INSZ-nummer of rijksregisternummer):
Geboortedatum: / /

II. Medische gegevens betreffende de rechthebbende:

De teamarts bevestigt dat de rechthebbende tot de volgende groep behoort (vink één of meerdere overeenkomstige vakjes aan):

☐ De rechthebbende komt in aanmerking voor **een jaarlijks basisforfait** :

☐ hiv-drager die tot een van de volgende groepen behoort:

- ☐ rechthebbende bij wie de diagnose pas is gesteld;
- ☐ rechthebbende bij wie de therapietrouw is bedreigd;
- ☐ rechthebbende die een risico vertoont om – hetzij aan zichzelf, hetzij aan anderen – (vermijdbare) schade toe te brengen of die een risico vertoont op psychiatrische decompensatie;
- ☐ rechthebbende met problemen op school of met professionele, familiale of affectieve problemen die verband houden met het feit dat hij seropositief is ;
- ☐ drugsverslaafde.
- ☐ rechthebbende die aan aids lijdt;

of

☐ De rechthebbende komt in aanmerking voor **verhoogde jaarforfait** :

- ☐ zwangere vrouw die drager is van het hiv-virus of die aan aids lijdt;
- ☐ zuigeling geboren uit een seropositieve moeder die nog in de fase van diagnostische onzekerheid verkeert;
- ☐ seronegatief kind, jonger dan 4 jaar, geboren uit een seropositieve moeder voor wie de eventuele nevenwerkingen van de antiretrovirale behandelingen waaraan het kind in utero is blootgesteld, altijd een onbekende factor blijven;
- ☐ seropositieve kinderen, jonger dan 18 jaar.

III. Identificatiegegevens van het referentiecentrum:

Identificatienummer:

Naam en adres:

.....
.....

Naam en telefoonnummer van de contactpersoon:

.....
.....

IV. Begin van de tenlasteneming die in het kader van de overeenkomst wordt gevraagd

Voor de rechthebbende is de begindatum¹ van de tenlasteneming in het kader van de overeenkomst:
..../..../.....

Voor de nieuwe aanvragen:

Datum van het eerste contact:/..../..... (stemt overeen met de begindatum van de gevraagde periode)

Betrokken discipline(s):

Duur contact(en) met deze discipline(s):

Datum van het tweede contact:/..../.....

Betrokken discipline(s):

Duur contact(en) met deze discipline(s):

Voor de aanvragen om verlenging:

Datum van het eerste contact:/..../.....

Betrokken discipline(s):

Duur contact(en) met deze discipline(s):

Datum van het tweede contact:/..../.....

Betrokken discipline(s):

Duur contact(en) met deze discipline(s):

V. Einddatum van de tenlasteneming die in het kader van de overeenkomst wordt gevraagd

De einddatum van de tenlastenemingsperiode wordt vastgesteld op dag X-1 van de maand die het begin vormde van de oorspronkelijke tenlasteneming + 1 jaar of + 2 jaar of + 3 jaar, enz., dus tot/..../.....

¹. Met begindatum wordt bedoeld de datum van het eerste face-to-facecontact tussen de patiënt en het team als het om een nieuwe patiënt gaat. Die begindatum wordt beschouwd als de **oorspronkelijke begindatum** die voor de volgende aanvragen om tegemoetkoming in aanmerking zal worden genomen.

Naam, datum en handtekening van de **arts van het geconventioneerde team**:

Naam:.....

Datum: / /

Handtekening:

A rectangular box with a black border, intended for a signature.

Aan de aidsreferentiecentra

RIZIV

Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering

DIENT VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING

Correspondent: Evelien Claes
Attaché
Tel: 02/739.73.70 **Fax:** 02/739.73.52
E-mail: evelien.claes@riziv.fgov.be
Onze referte.: 1830/EC/2015/776 **Brussel,**

Geachte dokter,

Betreft: Praktische instructies over de toepassing van de nieuwe aids-overeenkomst in werking getreden op 1 augustus 2014

Zoals u weet is er een nieuwe hiv/aids-overeenkomst in werking getreden op 1 augustus 2014.

Volgend op de inwerkingtreding van deze overeenkomst werden enkele praktische vragen gesteld zowel door de referentiecentra zelf, als door de verzekeringsinstellingen.

Het onderzoek van deze vragen resulteerde in de volgende verduidelijkingen en aanpassingen:

- Aanpassing van het aanvraagformulier voor een tegemoetkoming van de verzekeringsinstelling in de kosten van de follow-up door een referentiecentrum

Gezien het feit dat enkel rechthebbenden die slechts vervoerd kunnen worden in hun invalidewagen aanspraak kunnen maken op een tegemoetkoming in hun vervoerskosten en gezien de aids-referentiecentra niet tot de lijst behoren van centra waarvoor een tegemoetkoming in de vervoerskosten van rechthebbenden mogelijk is, werd het aanvraagformulier aangepast teneinde geen verwarring te veroorzaken zowel bij patiënten als bij de referentiecentra en de verzekeringsinstellingen. U kan dit aangepaste formulier terugvinden in **bijlage 1** bij deze brief. U kan gemakkelijk vaststellen dat de vroegere rubriek getiteld « aanvraag tot tegemoetkoming in mijn vervoerskosten» geschrapt werd in het nieuwe formulier.

Het nieuwe formulier kan vanaf heden reeds gebruikt worden en dient in ieder geval gebruikt te worden voor alle aanvragen ingediend vanaf 1 maart 2015. Het vorige formulier dat u in het verleden werd overgemaakt kan dus niet meer gebruikt worden vanaf deze datum.

- Verduidelijkingen en aanpassingen betreffende het medisch verslag

1) Gezien het feit dat meer dan 2 face-to-face contacten nodig kunnen zijn om het vereiste minimum aantal uur in het kader van de nieuwe aids-overeenkomst te behalen (*de*

bepalingen van artikel 12 § 1 van de nieuwe overeenkomst vermelden effectief dat: « (...) Als de totale duur van de 2 contacten minder dan één uur bedraagt, moet er rekening worden gehouden met de datum van een volgend contact (waardoor de contacten in totaal wel één uur duren) om het kalenderjaar te bepalen waarvoor het jaarlijks basisforfait of het verhoogd jaarforfait dat voor die rechthebbende wordt aangerekend, meetelt voor de jaarlijkse enveloppe van dat kalenderjaar ...) en dat het medisch verslag slechts plaats biedt aan het vermelden van 2 contacten, wordt aan de referentiecentra gevraagd om in voorkomend geval een document toe te voegen aan het medisch verslag dat alle nodige gegevens bevat die toelaten aan te tonen dat de patiënt in totaal effectief één uur contact gehad heeft. De disciplines evenals de duur van de contacten moeten vermeld worden.

2) Het medisch verslag werd aangepast in vergelijking met de laatste versie en maakt melding van de doelgroep van patiënten in functie van het forfait waarop deze aanspraak kan maken. Er werd dus een onderscheid gemaakt tussen de doelgroep van patiënten waarvoor een jaarlijks basisforfait kan aangerekend worden en de doelgroep van patiënten waarvoor een verhoogd jaarforfait kan aangerekend worden. Dit laat in elk geval toe om de zaken te preciseren en alle onduidelijkheid weg te nemen.

Dit medisch rapport (zie **bijlage 2** bij deze brief) kan, conform de instructies betreffende het aanvraagformulier, vanaf heden reeds gebruikt worden en dient gebruikt te worden voor alle aanvragen ingediend vanaf 1 maart 2015.

- De term «nieuwe patiënt»

Als «nieuwe patiënt» wordt iedere patiënt beschouwd waarvoor een akkoord van datum tot datum gegeven wordt in het kader van de nieuwe overeenkomst (in tegenstelling met een akkoord geldig voor een kalenderjaar in het kader van de oude overeenkomst). Voor patiënten voor wie het vroegere systeem nog van kracht is volgens de overgangsbepalingen, kan men een patiënt als «nieuw» beschouwen vanaf het moment dat hij overschakelt naar een systeem waarvan de periode van tenlasteneming van datum tot datum loopt (zoals voorzien is in de nieuwe overeenkomst). Concreet betekent dit dat het nieuwe systeem (periode van tenlasteneming van datum tot datum) voor bepaalde patiënten dus in 2015 zal kunnen van toepassing zijn krachtens de overgangsbepalingen.

- Verduidelijkingen bij de instructies voor de facturatie via magnetische drager of via elektronische weg – Publicatie 23-12-2014

Naar aanleiding van de inwerkingtreding van de nieuwe hiv/aids-overeenkomst op 1 augustus 2014, werden details verstrekt over de wijze waarop de zones 5, 6 en 19 van de R 30 van het elektronisch facturatiebestand moeten worden ingevuld en meer bepaald in het geval waar het eerste contact plaatsvond voor 1 augustus 2014 en het tweede contact ten vroegste op 1 augustus 2014 (overgangsperiode).

U kan de instructies hieromtrent terugvinden op onze website (www.riziv.be) via Professionals – Info voor allen – elektronische facturatie.

Op basis van deze instructies moeten de aids-referentiecentra het volgende vermelden:

- In de zone 5 // Datum van de 1^{ste} dag:
 - o Vanaf 01/08/2014, de datum van het eerste origineel contact (:dag x). Voor de jaarlijkse periodes die volgen, wordt de dag x van het 1^{ste} origineel contact (dag x van elke jaarlijkse periode) vermeld in deze zone.
 - o Overgangsmaatregelen : indien het 1^{ste} contact (= dag x) plaats heeft vóór 01/08/2014 en het 2^{de} contact ten vroegste op 01/08/2014, wordt de datum van het 2^{de} contact vermeld in deze zone. Deze datum van het 2^{de} contact kan plaatsvinden in 2014 of in 2015 (ten laatste op de laatste dag van de periode, cf. zone 6). Voor de jaarlijkse periodes die volgen, wordt dag x van het 1^{ste} origineel contact (dag x van elke jaarlijkse periode) vermeld in deze zone.
- In de zone 6 // Datum van de laatste dag:
 - o Vanaf 01/08/2014, dag (x-1) van het 1^{ste} contact vermeld in zone 5 + 12 maanden
 - o Overgangsmaatregelen: indien het 1^{ste} contact (= dag x) plaatsvindt vóór 01/08/2014 en het 2^{de} contact ten vroegste op 01/08/2014, wordt dag (x-1) van de datum van het 1^{ste} contact + 12 maanden vermeld in deze zone.

In de zone 19 // Bedrag van de verzekeringstegemoetkoming:

- o vanaf 01/08/2014: tarief = tarief dat van toepassing is op de begindatum (= dag x van elke jaarlijkse periode = dag 1ste origineel contact). Het bedrag van het eventuele persoonlijk aandeel dat in mindering gebracht wordt, moet op dezelfde datum bepaald worden als het tarief van het revalidatieforfait zelf.
- o Overgangsmaatregelen: indien het 1ste contact plaatsvindt vóór 01/08/2014 en het 2de contact ten vroegste op 01/08/2014, tarief = tarief van toepassing op datum 2de contact.

De instructies betreffende de elektronische facturatie zijn van toepassing vanaf de datum van inwerkingtreding van de nieuwe overeenkomst, zijnde vanaf 1 augustus 2014.

Mijn Dienst blijft steeds ter uwer beschikking voor elke andere vraag om bijkomende inlichtingen.

Met de meeste hoogachting,

De Leidend Ambtenaar,

H. DE RIDDER
Directeur-generaal