

R.I.Z.I.V.

Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering

Geneeskundige Verzorging

Omzendbrief VI nr 2017/394 van 22 december 2017 370/2028

Van toepassing vanaf 1 oktober 2017 tot 30 september 2020

Vervangt omzendbrief nr 2017/300
van 12 oktober 2017

Nieuwe overeenkomst voor transgenderzorg (sector 7.76.2).

Deze omzendbrief annuleert en vervangt de omzendbrief V.I. nr. 2017/300 van 12 oktober 2017 – rubriek 370/2011. De wijzigingen in vergelijking met voormelde omzendbrief hebben betrekking op het medisch verslag en het geneesmiddelenforfait. Daarnaast werd de overeenkomst met een bijkomend centrum gesloten.

Het Verzekeringscomité heeft een nieuwe, licht aangepaste overeenkomst voor transgenderzorg goedgekeurd.

Die nieuwe overeenkomst gaat als **bijlage 1** bij deze omzendbrief. Onderstaande tabel geeft per centrum de datum van inwerkingtreding weer:

Identificatienummer	Ziekenhuis	Straat en nummer	Postcode en stad	Datum van inwerkingtreding
7.76.201.90	UZ Gent	De Pintelaan 185	9000 GENT	01/10/2017
7.76.202.89	C.H.U. de Liège	Dom. Univ. Sart-Tilman Bat. 35	4000 LIEGE	01/11/2017

Deze overeenkomst is voor beide centra geldig tot en met **30 september 2020**.

Instructies in verband met de toepassing van de overeenkomst

1. **Rechthebbenden van de overeenkomst**

Rechthebbenden van de overeenkomst zijn verzekerden

- die het centrum om psychosociale en zo nodig medische hulp vragen betreffende zijn genderidentiteit of genderexpressie
- en/of de symptomen van een genderdysforie vertonen of reeds die diagnose hebben gekregen (cf. art. 3).

2. **Aard van de verstrekkingen en kostprijs van de verstrekkingen**

In artikel 6 worden de vergoedbare verstrekkingen gedefinieerd, alsook de voorwaarden die vervuld moeten zijn om die verstrekkingen te mogen aanrekenen.

In het kader van deze overeenkomst kunnen 3 verstrekkingen verricht worden:

- Psychologische en psychosociale begeleidingszitting: zitting
- Preoperatief en postoperatief gesprek: gesprek
- Driemaandelijks geneesmiddelenforfait: geneesmiddelenforfait

Een gesprek kan enkel verricht worden door een geconventioneerd centrum dat behoort tot het ziekenhuis dat de chirurgische ingreep om het geslacht aan te passen zal uitvoeren. Als het centrum deel uitmaakt van een ziekenhuis dat zelf de chirurgische ingreep om het geslacht aan te passen niet verricht, kan dit centrum de rechthebbende doorverwijzen naar een ander centrum dat wel behoort tot het ziekenhuis dat de chirurgische ingreep om het geslacht aan te passen zal uitvoeren. Alleen dat laatste centrum kan de gesprekken verrichten en factureren zonder dat het daar zelf een aanvraag tot tenlasteneming voor moet indienen op voorwaarde dat:

- het zelf deze overeenkomst heeft afgesloten
- de rechthebbende naar het centrum verwezen werd door een centrum dat de rechthebbende opvolgt op basis van een nog geldig akkoord voor tenlasteneming in deze overeenkomst.

Een geneesmiddelenforfait kan maar worden aangerekend indien:

- er voor de rechthebbende minstens 1 vergoedbare zitting werd gerealiseerd;
- de gonadoreline-analogen niet worden terugbetaald in een ander kader: in de praktijk kunnen rechthebbenden slechts tot de dag voor hun 19^{de} verjaardag voor het geneesmiddelenforfait in aanmerking komen. Binnen de aanvaarde periode kan het geneesmiddelenforfait worden aangerekend voor iedere periode van 3 maanden dat de rechthebbende effectief met gonadoreline-analogen wordt behandeld. De laatste aangerekende periode van 3 maanden moet uiterlijk eindigen op de dag voor de 19^{de} verjaardag van de rechthebbende. Deze laatste aangerekende periode moet dus ten laatste 3 maanden voor de 19^{de} verjaardag van de patiënt aanvangen. Onvolledige periodes (periodes die op de dag voor de 19de verjaardag korter zijn dan 3 maanden) alsmede periodes van 3 maanden die lopen tot de 19de verjaardag of later kunnen bijgevolg niet aangerekend worden;
- de gonadoreline-analogen worden voorgeschreven door de coördinerend arts van het centrum of door een kinder-endocrinoloog of kinderpsychiater die in nauwe samenwerking werkt met het therapeutisch team van het centrum. Er bestaat geen lijst van voorschrijvende artsen.

Aan de huidige index (spilindex 103,04, basis 2013) moeten de volgende bedragen van verzekeringstegemoetkomingen in de kosten van deze verstrekkingen (artikel 17, § 1), alsook de volgende pseudonomenclatuurnummers worden gebruikt:

	pseudocodenum mer	Prijs in EUR van 01/10/2017 – 30/09/2018	Prijs in EUR vanaf 01/10/2018 (onder voorbehoud dat er tegen dan geen nieuwe indexatie plaatsvindt)
1. Zitting (art. 6, §§ 2 en 3)	787916-787920	112,47	96,82
2. Gesprek (art. 6, §§ 2 en 4)	787931-787942	112,47	96,82
3. Geneesmiddelenforfait (art. 6, § 5)	787953-787964	273,79	273,79

Remgeld: voor de rechthebbenden die geen recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming moeten de bedragen die hierboven worden vermeld, voor elke verstrekking worden verminderd met hun persoonlijk aandeel (artikel 17, § 3) overeenkomstig de bepalingen van het Koninklijk Besluit van 29 april 1996. Deze bepaling is ook van toepassing op het geneesmiddelenforfait.

3. *Maximum aantal vergoedbare verstrekkingen*

Artikel 20 verplicht de inrichting ertoe niet boven een jaarlijks aantal factureerbare verstrekkingen aan de verzekeringsinstellingen te factureren. De inrichting moet daarop toezien.

Artikel 21 bepaalt het maximum aantal vergoedbare verstrekkingen per rechthebbende, afhankelijk van zijn leeftijd:

- voorafgaand aan het kalenderjaar waarin de rechthebbende de leeftijd van 16 jaar bereikt: max. 15 zittingen
- vanaf het kalenderjaar waarop de rechthebbende de leeftijd van 16 jaar bereikt: max. 10 zittingen en 2 gesprekken

Indien het maximum van 15 zittingen niet is uitgeput in het kalenderjaar waarin de rechthebbende de leeftijd van 16 jaar bereikt, komen de resterende zittingen te vervallen. Zij kunnen niet toegevoegd worden aan de volgende periode.

Er kunnen maximum 2 zittingen gerealiseerd worden op eenzelfde dag.

Er kan per rechthebbende slechts 1 geneesmiddelenforfait aangerekend worden per periode van 3 maanden (van dag x tot dag x-1 drie maanden later).

4. *Aanvragen tot tenlasteneming*

Krachtens de bepalingen van artikel 18, is de adviserend arts bevoegd om over de individuele aanvragen tot tenlasteneming te beslissen (artikelen 138, 139 en 142, § 2 van het Koninklijk Besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994). Daartoe moet het standaard 'aanvraagformulier om tegemoetkoming in de kosten voor revalidatieverstrekingen' worden gebruikt. Bij dit formulier moet een medisch verslag (**bijlage 2** bij deze omzendbrief) worden gevoegd dat door een arts van de inrichting is opgesteld. Dit medisch verslag is licht verschillend in de rubriek voor het geneesmiddelenforfait in vergelijking met het medisch verslag dat bij de oorspronkelijke omzendbrief was gevoegd en moet gebruikt worden voor alle aanvragen die bij de adviserend arts toekomen vanaf 1 januari 2018. Voor aanvragen die vroeger toekomen, mag het oude formulier nog gebruikt worden. Voor aanvragen voor het geneesmiddelenforfait die reeds zijn ingediend of die nog voor 1 januari 2018 zouden toekomen met het oude formulier, dienen de VI de reeds toegekende periode van tenlasteneming te verlengen of een periode toe te kennen tot de dag voor de 19^{de} verjaardag van de rechthebbende (zie verder).

Op basis van dit medisch verslag kan de arts twee periodes van tegemoetkoming aanvragen: één hernieuwbare periode van maximum 36 maanden voor tenlasteneming van de zittingen en gesprekken en één periode van tenlasteneming van het geneesmiddelenforfait. De arts kan in eerste instantie een aanvraag doen voor tenlasteneming van de zittingen en gesprekken en in tweede instantie een aanvraag voor het driemaandelijks geneesmiddelenforfait of hij kan beide met behulp van één formulier aanvragen. De tenlasteneming van het driemaandelijks geneesmiddelenforfait kan maar worden aangevraagd vanaf de effectieve startdatum van de behandeling met gonadoreline-analogen.

De gevraagde periode van tenlasteneming van de gesprekken en zittingen wordt op het medisch verslag vermeld.

De periode van tenlasteneming van het geneesmiddelenforfait begint te lopen vanaf de startdatum van de behandeling met gonadoreline-analogen en loopt tot de dag voor de 19^{de} verjaardag van de rechthebbende. Binnen de aanvaarde periode kan het geneesmiddelenforfait

worden aangerekend voor iedere periode van 3 maanden dat de rechthebbende effectief met gonadoreline-analogen wordt behandeld. De laatste aangerekende periode van 3 maanden moet uiterlijk eindigen op de dag voor de 19^{de} verjaardag van de rechthebbende. Deze laatste aangerekende periode moet dus ten laatste 3 maanden voor de 19de verjaardag van de patiënt aanvangen. Onvolledige periodes (periodes die op de dag voor de 19de verjaardag korter zijn dan 3 maanden) alsmede periodes van 3 maanden die lopen tot de 19de verjaardag of later kunnen bijgevolg niet aangerekend worden.

Toepassingsprincipes van de laattijdigheid

In toepassing van de bepalingen van artikel 142, § 2 van het KB van 3 juli 1996 moet de adviserend arts van het ziekenfonds van de rechthebbende de aanvraag om akkoord uiterlijk 30 dagen na de datum van de eerste verstrekking die in het kader van de gevraagde periode door het centrum werd verricht, ontvangen hebben.

Voor de aanvraag tot tenlasteneming van de gesprekken en zittingen betekent dit dat de aanvraag door de adviserend arts moet ontvangen worden uiterlijk 30 dagen nadat de eerste zitting bij de rechthebbende gerealiseerd werd.

Voor de aanvraag tot tenlasteneming van het geneesmiddelenforfait betekent dit dat de aanvraag door de adviserend arts moet ontvangen worden uiterlijk 30 dagen na de eerste behandelingsperiode van 3 maanden met gonadoreline-analogen.

Voor de aanvragen tot tenlasteneming in het kader van de overeenkomst 7.76.202.89 (C.H.U. de Liège) waarvan de begindatum vóór 1 januari 2018 valt, worden de V.I.'s verzocht om de aanvragen die toekomen tot en met 31 januari 2018 uitzonderlijk te aanvaarden, aangezien het centrum nog niet over de nodige informatie beschikte om de aanvragen in te dienen. Voor alle rechthebbenden die vanaf 1 januari 2018 worden behandeld, moet de 30-dagenregel wel toegepast worden.

Als **bijlage 3 en 4** bij deze omzendbrief gaan de brieven met instructies die naar UZ Gent zijn verstuurd.

Als **bijlage 5** bij deze omzendbrief gaat de brief met instructies die naar het C.H.U. de Liège is verstuurd.

De leidend ambtenaar,

H. De Ridder
directeur-generaal.

Bijlagen :

[Overeenkomst UZ Gent](#)

[Medisch verslag](#)

[Brief UZ Gent medisch verslag](#)

[Brief UZ gent aangepast medisch verslag](#)

[Brief CHU de Liège](#)

RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING

Openbare instelling opgericht bij de wet van 9 augustus 1963
TERVURENLAAN 211 - 1150 BRUSSEL

Dienst voor Geneeskundige Verzorging

OVEREENKOMST TUSSEN HET COMITE VAN DE VERZEKERING VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING VAN HET RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING EN HET UZ Gent, VOOR HET CENTRUM VOOR TRANSGENDERZORG van het gelijknamige ziekenhuis TE GENT

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, meer bepaald 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 UZ GENT, namens zijn centrum voor transgenderzorg van het gelijknamige ziekenhuis te GENT.

Artikel 1 Het centrum voor transgenderzorg UZ Gent, te GENT wordt in deze overeenkomst aangeduid met de term "centrum".

Artikel 2 Deze overeenkomst legt de betrekkingen vast tussen enerzijds het centrum en anderzijds de rechthebbenden van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, het RIZIV en de verzekeringsinstellingen, inzonderheid met betrekking tot het zorgprogramma, de verstrekkingen waarin is voorzien in deze overeenkomst, de noodzakelijke middelen voor het verrichten van die verstrekkingen, hun prijzen en de betalingswijze van die prijs.

I. RECHTHEBBENDEN VAN DE OVEREENKOMST

Artikel 3 Elke rechthebbende, bedoeld in deze overeenkomst, is een rechthebbende van de verzekering voor geneeskundige verzorging

1. die het centrum om psychosociale en zo nodig medische hulp vraagt betreffende zijn gender-identiteit of genderexpressie,
2. en/of de symptomen van een genderdysforie vertoont of reeds die diagnose heeft gekregen, volgens de omschrijving van de DSM-5 (code 302.6 [kinderen], 302.85 [adolescenten en volwassenen]), of eventueel van de ICD-11¹, of van een latere editie van deze classificaties.

II. DOELSTELLINGEN VAN DE ZORGPROGRAMMA'S

Artikel 4 § 1 Een persoon die beantwoordt aan de definitie van de rechthebbenden (artikel 3) kan een multidisciplinaire, psychosociale en zo nodig medische begeleiding nodig hebben. Het centrum kan hem een zorgprogramma aanbieden dat op zijn minst 3 van de volgende doelstellingen beoogt:

1. Klinische en wetenschappelijke competenties ter beschikking stellen van de rechthebbende, teneinde met hem en indien nodig met zijn omgeving, een volledig bilan op te stellen van de incongruentie tussen zijn genderidentiteit of genderexpressie en het hem toegewezen gender, en bepalen of een zorgprogramma aangewezen is.
2. Onderzoeken of eventueel genderdysforie aanwezig is en in voorkomend geval, deze diagnose stellen of bevestigen, onderzoek voeren naar de oorzaken ervan en naar de gevolgen ervan voor het leven van de rechthebbende.
3. De rechthebbende informeren en adviseren over de bestaande behandelingen, in het bijzonder de hormonale, medische en chirurgische genderaffirmerende behandelingen (aard van die behandelingen, therapietrouw die zij vereisen, afwegen van verwachte en ongewenste effecten).
4. De aangewezen behandelingen voorschrijven, coördineren en opvolgen; case-management.
5. De rechthebbende psycho-educatie aanbieden, zodat hij
 - bepaalde moeilijkheden die de genderdysforie met zich kan meebrengen in zijn dagelijkse leven overwint,
 - leert omgaan met de genderaffirmerende behandeling en met de gevolgen ervan.
6. Indien een chirurgische ingreep om het geslacht aan te passen wordt voorgeschreven, de rechthebbende doorverwijzen naar een ziekenhuis waar die ingreep wordt verricht, alle nodige contacten leggen met dat ziekenhuis en samen met dat ziekenhuis de zorgverlening organiseren (inplannen pre-operatief gesprek, raadplegingen bij de chirurg, heelkundige ingreep, ...).
7. De rechthebbende ondersteuning en advies bieden indien financiële obstakels het inplannen van chirurgische interventies bemoeilijken.

Het zorgprogramma dat vergoed wordt in toepassing van deze overeenkomst is niet bedoeld om monodisciplinaire psychotherapie of middellange of langdurige psychotherapie aan de rechthebbenden te verstrekken.

¹ Onuitgegeven op de datum van inwerkingtreding van deze overeenkomst.

§ 2 Het centrum bouwt een samenwerkingsnetwerk uit met actoren uit de gezondheids- en welzijnssector - zoals de zorgverleners van de eerste lijn (artsen, psychologen), de ziekenhuizen, de CLB-centra, de centra voor geestelijke gezondheidszorg, de verenigingen, ... - die in contact komen met personen met potentiële genderdysforie, zodat de personen die gespecialiseerde hulp nodig hebben, snel kunnen worden opgespoord en doorverwezen.

III. AARD VAN DE PROGRAMMA'S EN VAN DE VERSTREKKINGEN

Artikel 5 Elk individueel multidisciplinair zorgprogramma dat door deze overeenkomst wordt gedekt, bestaat uit het gecoördineerd geheel van handelingen die ten behoeve van een rechthebbende van de overeenkomst (artikel 3) worden verricht en die aangepast zijn aan zijn situatie, die nodig zijn om de doelstellingen bedoeld in artikel 4 te bereiken, en die niet door de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen (bijlage bij het KB van 14.09.1984) worden gedekt. Die handelingen worden door de leden van het therapeutisch team van het centrum (artikel 8) verricht in de vorm van zittingen of gesprekken (artikel 6) in de loop van de periode die door de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling is vastgelegd (artikel 18). De handelingen die opgenomen zijn in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen kunnen geïntegreerd worden in het zorgprogramma, maar worden niet gedekt door deze overeenkomst. De geneesmiddelen die worden gebruikt in het kader van het zorgprogramma worden terugbetaald conform de reglementering inzake de terugbetaling van geneesmiddelen, of bij gebrek aan terugbetaling, via het geneesmiddelenforfait bedoeld in artikel 6, § 5.

Artikel 6 § 1 Deze overeenkomst voorziet volgende verstrekkingen:

- de "psychologische en psychosociale begeleidingszitting", afgekort "zitting"
- het "preoperatief en post-operatief gesprek", afgekort "gesprek",
- het "driemaandelijks geneesmiddelenforfait", afgekort "geneesmiddelenforfait".

§ 2 Elke *zitting* en elk *gesprek* vereist de aanwezigheid, gedurende in totaal één uur, van één of meerdere therapeuten van het centrum, bedoeld in de punten 2 tot 5 van artikel 8, bij één rechthebbende, eventueel bijgestaan door zijn omgeving. De zitting en het gesprek worden gefactureerd tegen de bedragen die, respectievelijk in punt 1 en punt 2 van artikel 17, § 1 zijn vastgesteld.

De eventuele zittingen of gesprekken die zouden plaatsvinden bij meerdere rechthebben tegelijkertijd, worden niet als verstrekkingen beschouwd en kunnen geen aanleiding geven tot een verzekeringstegemoetkoming; zij mogen niet worden gefactureerd.

Het lid of de leden van het multidisciplinair team die tussenkomen tijdens een zitting of gesprek, beschikken over de nodige bevoegd- en bekwaamheden voor de verrichte handelingen.

§ 3 De handelingen uitgevoerd tijdens een *zitting* kunnen de volgende zijn:

1. Het opstellen van een multidisciplinair bilan, met inbegrip van het afnemen van pertinente testen en het opmaken van relevante psychometrische schalen.
2. Het uitwerken van een geïndividualiseerd zorgplan dat alle verzorging omvat die in deze overeenkomst en in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen is voorzien, met inbegrip van het multidisciplinair overleg over de aan- of afwezigheid van een indicatie voor hormoontherapie en/of een (door een gespecialiseerde ziekenhuisdienst te realiseren) heelkundige ingreep.

3. Het informeren van de rechthebbende over de eventuele medische en psychosociale gevolgen van genderdysforie en de behandelingen ervan.
4. De indicatie stellen tot bepaalde verzorging, de coördinatie ervan en de begeleiding bij het verlenen van die verzorging; case-management dat de tussenkomst van meerdere zorgverstrekkers of verzorgingsdiensten vereist.
5. Het geven van psycho-educatie, over genderdysforie, over de verschillende consequenties van genderdysforie in het dagelijkse leven en/of over therapietrouw en de gevolgen van de behandeling, in het bijzonder de hormoontherapie en/of chirurgische interventies, in overeenstemming met de regels voor een goede praktijkvoering die op internationaal vlak zijn gevalideerd.
6. Het op een gepaste manier doorverwijzen van de rechthebbenden van wie de stoornissen niet door het centrum kunnen worden behandeld of gevolgd wegens hun aard, ernst of complexiteit.
7. Het verlenen van hulp aan de rechthebbende bij het vervullen van administratieve formaliteiten en bij het contact nemen met verzorgingsinstellingen, sociale diensten en administratieve diensten, teneinde het goede verloop van het geïndividualiseerde zorgplan te garanderen.
8. Het informeren van de rechthebbende over de relevante aspecten van de wetgeving.
9. De rechthebbende ondersteuning en advies bieden indien financiële obstakels het inplannen van chirurgische interventies bemoeilijken.

§ 4 De handelingen uitgevoerd tijdens een *gesprek* kunnen de volgende zijn:

1. Het opstellen van een kort bilan dat toelaat om na te gaan of de rechthebbende een standvastige, definitieve beslissing heeft genomen en volledig geïnformeerd is over de te verwachten gevolgen op korte, middellange en lange termijn van de chirurgische ingreep en de mogelijke ongewenste effecten ervan;
2. Informatie geven over de praktische modaliteiten van de chirurgische ingreep, over het team dat deze ingreep zal uitvoeren,...
3. Een postoperatief gesprek kan uitgevoerd worden op vraag van de rechthebbende en/of na inschatting van de behandeld arts, om hem ondersteuning te bieden tijdens de ziekenhuisopname en eventuele complicaties van de chirurgie.

Een gesprek kan enkel verricht worden door een geconventioneerd centrum dat behoort tot het ziekenhuis dat de chirurgische ingreep om het geslacht aan te passen zal uitvoeren. Als het centrum niet tot dit ziekenhuis behoort, mag het dit gesprek niet factureren aan de verzekering voor geneeskundige verzorging, noch aan de rechthebbende. In voorkomend geval, kan het centrum de rechthebbende doorverwijzen naar een centrum dat behoort tot het ziekenhuis dat de chirurgische ingreep om het geslacht aan te passen zal uitvoeren. Dat centrum kan het gesprek verrichten zonder een aanvraag tot verzekeringstegemoetkoming zoals bedoeld in artikel 18 ingediend te hebben en het kan de tegemoetkoming verkrijgen voor de vergoedbare gesprekken als aan volgende voorwaarden is voldaan:

- het centrum heeft zelf onderhavige overeenkomst afgesloten,
- de rechthebbende werd naar het centrum doorverwezen door een centrum dat de rechthebbende opvolgt in het kader van onderhavige overeenkomst op basis van een nog geldig akkoord tot verzekeringstegemoetkoming dat gegeven is in toepassing van artikel 18.

§ 5 Elk *geneesmiddelenforfait* dekt de gonadoreline-analogen (GnRH) die de rechthebbende gebruikt gedurende elke behandelingsperiode van 3 maanden, in het kader van de verzorging die verleend wordt in toepassing van deze overeenkomst. Het kan slechts aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verzekering als aan alle volgende voorwaarden is voldaan:

1. het centrum behandelt de rechthebbende in het kader van een zorgprogramma, bedoeld in artikel 5, en heeft hem reeds minstens één vergoedbare zitting verleend, conform § 2;
2. de gonadoreline-analogen worden niet terugbetaald in een ander kader;
3. ze worden voorgeschreven door de coördinerend arts bedoeld in artikel 8, § 1, 1 of door een kinder-endocrinoloog of een kinderpsychiater die in nauwe samenwerking werken met het therapeutisch team van het centrum, in toepassing van artikel 14, § 2.

Het geneesmiddelenforfait wordt gefactureerd tegen het bedrag dat in artikel 17, § 1, punt 3 is vastgesteld.

§ 6 De raadplegingen bij de artsen-specialisten, alsook de andere vormen van verzorging en behandeling die reeds worden terugbetaald (de geneeskundige verstrekkingen die in de nomenclatuur zijn vastgelegd, de geneesmiddelen, ...), worden niet door deze overeenkomst gedekt; zij kunnen apart worden gefactureerd volgens de voorwaarden die in de geldende reglementering zijn vastgelegd. De coördinerend arts (artikel 8, § 1, 1) leeft de honoraria na die in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen zijn vastgelegd, zonder hierbij een supplement te vragen. Voor elk specialisme waarop het centrum een beroep doet in het kader van het zorgprogramma, waarin is voorzien in deze overeenkomst, werkt het centrum samen met minstens één arts die raadplegingen houdt in het ziekenhuis waartoe het centrum behoort (artikel 14, § 1) en die zich houdt aan diezelfde honoraria, zonder hierbij een supplement te vragen. De rechthebbende wordt doorverwezen naar die arts, behalve wanneer de rechthebbende, die perfect geïnformeerd moet zijn over het al dan niet geconventioneerd zijn van die arts, een andere arts kiest.

De cumulatieregels die zijn vastgelegd in artikel 26, zijn van toepassing.

§ 7 Deze overeenkomst vergoedt geen monodisciplinaire psychotherapie en vergoedt ook geen psychotherapie van middellange of lange duur die het krachtens artikel 21, § 1 vergoedbare aantal zittingen overschrijdt. Als de rechthebbende nood heeft aan een monodisciplinaire psychotherapie of aan een middellange of langdurige psychotherapie, kan het centrum de rechthebbende ofwel doorverwijzen naar een psychotherapeut die niet tot het multidisciplinaire team behoort dat vermeld wordt in artikel 8, ofwel – buiten het kader van deze overeenkomst - zelf instaan voor deze psychotherapie. Het centrum zorgt ervoor dat de bepalingen van § 8 en van artikel 27 gerespecteerd worden.

§ 8 Het centrum legt elke rechthebbende duidelijk de doelstellingen en de aard van de verstrekte zorgen uit, en maakt daarbij onderscheid tussen:

- De verstrekte en vergoedbare zorgen in toepassing van de overeenkomst,
- De verstrekte zorgen die kaderen in het programma dat deze overeenkomst voorziet, maar die door de verzekering voor geneeskundige verzorging worden vergoed in het kader van een andere reglementering,
- De zorgen of diensten die een link hebben met het programma voorzien door de overeenkomst en/of die kunnen voorgesteld worden door het multidisciplinaire team, maar die niet vergoed worden door de ziekteverzekering.

Voor of tijdens de eerste zitting geeft het centrum gedetailleerd de kosten weer van het geheel van de zorgen, met onderscheid van de kosten ten laste van de verzekering en de kosten ten laste van de rechthebbende. Het centrum geeft de rechthebbende een verklarend document dat deze als ontvangstbewijs ondertekent.

IV. DEFINITIE VAN DE INRICHTING

4.1. Definitie

Artikel 7 Het centrum waarop deze overeenkomst betrekking heeft, is het multidisciplinair team (artikel 8) dat op een gecoördineerde manier werkt aan de uitvoering van de taken die deze overeenkomst voorziet (artikel 6, §§ 1 tot 5) om de vastgestelde doelstellingen te bereiken (artikel 4) ten behoeve van de door deze overeenkomst beoogde patiënten (artikel 3).

4.2. Personeelskader

Artikel 8 §1 Het *therapeutische personeelskader* van het centrum omvat minstens de hierna vermelde functies 1 tot 5:

1. Coördinerend arts;
2. Psycholoog voor kinderen en adolescenten (indien het centrum patiënten jonger dan 16 jaar behandelt);
3. Psycholoog-seksuoloog (indien het centrum patiënten van 16 jaar en ouder behandelt);
4. Case manager (case management);
5. Maatschappelijk werker;

Het *administratief personeelskader* omvat altijd de volgende functie:

6. Secretaris;

§ 2 Alle leden van het therapeutisch team (functies 1 tot 5) voldoen aan de voorwaarden vastgesteld in artikel 9. Functie 1 wordt uitgeoefend door één enkele persoon. Geen enkel teamlid dat de functies 2 tot 5 uitoefent, werkt minder dan 5 uur per week in het kader van de overeenkomst. Functie 6 wordt uitgeoefend door één of meerdere personen die voldoen aan de voorwaarden die zijn vastgesteld in artikel 9, § 1.

Ingeval van afwezigheid van korte duur van de titularissen van een therapeutische functie (1 tot 5) kan deze functie tijdelijk worden uitgeoefend door een vervanger die bij voorkeur uit de ziekenhuisdienst komt waartoe het centrum behoort en die over de kwalificaties, kennis en ervaring beschikt die vereist zijn voor deze functie. Het centrum treft alle nodige schikkingen om te voorkomen dat de vervangingen van leden van het therapeutisch personeel negatieve gevolgen hebben voor de rechthebbenden. Om een perfecte zorgcontinuïteit te garanderen, hebben de vervangers een grondige kennis van de situatie van de rechthebbenden die reeds zittingen in het centrum hebben gevolgd. Zij houden alle nuttige waarnemingen bij in het dossier van de rechthebbende.

Artikel 9 § 1 Alle leden van het therapeutisch personeel bewijzen, afhankelijk van hun functie (artikel 8, § 1, 1 tot 5), op basis van hun opleiding en hun beroepservaring, hun bekwaamheid en expertise op het vlak van de medische en psychosociale aspecten van genderdysforie, de daaraan verbonden oorzaken, de gevolgen ervan en de behandeling ervan.

De leden van het administratief personeel hebben voldoende kennis van genderdysforie voor een gepast onthaal van de rechthebbenden.

§ 2 Bijzondere bepalingen zijn van toepassing voor de personen die de volgende functies uitoefenen:

Coördinerend arts;

Slechts één arts-specialist oefent de functie van coördinator uit. Naast de taken die voortvloeien uit zijn functie van arts-specialist in de genderdysforie, neemt hij de medische leiding en de coördinatie waar van het multidisciplinair team zoals gedefinieerd in artikel 8, § 1, 2-6 voor alles wat de toepassing van deze overeenkomst betreft. Hij is in het bijzonder verantwoordelijk voor:

- de kwaliteit en de goede organisatie van de zorg die verstrekt wordt;
- de relevantie en coherentie van elk individueel zorgprogramma;
- de ervaring, de bekwaamheid en de permanente bijscholing van elk lid van het therapeutisch team voor de functie die hij in het kader van de overeenkomst uitoefent;
- het up-to-date zijn en de medische geldigheid van de concepten waarop de zorgprogramma's gebaseerd zijn;
- de kwaliteit van de verzamelde en bezorgde gegevens.

Hij heeft een doorslaggevende stem bij de aanwerving en de selectie van de leden van het multidisciplinair team zoals gedefinieerd in artikel 8, § 1, 2-6.

Hij toont – op basis van zijn opleiding, zijn professioneel parcours en zijn wetenschappelijke publicaties in internationale tijdschriften die aan peer review zijn onderworpen – zijn uitgebreide bekwaamheid en grondige expertise aan op het vlak van de eventuele medische en psychosociale aspecten van genderdysforie,

Psycholoog voor kinderen en adolescenten; psycholoog-seksuoloog voor volwassenen

De persoon of personen die de functie van psycholoog voor kinderen en adolescenten en de functie van psycholoog-seksuoloog uitoefenen, hebben een masterdiploma (licentiaatsdiploma) met een geschikte kwalificatie om hun functie als psycholoog te mogen uitoefenen. Voor de psycholoog die werkt met jongeren onder de 16 jaar is ervaring in het klinisch werken met kinderen en adolescenten noodzakelijk. De psycholoog die werkt met volwassenen dient een diploma seksuologie aan te tonen. Zij kunnen ervaring aantonen op het vlak van de tenlasteneming van patiënten van wie de gezondheidstoestand gevolgen heeft voor het zelfbeeld, de genderidentiteit, de seksualiteit en het psychoseksueel functioneren. Zij hebben een uitgebreide kennis van de existentiële dimensie van genderdysforie en een goede kennis van de medische aspecten ervan.

Case manager

De persoon of personen die de functie van case manager uitoefenen, hebben een masterdiploma (licentiaatsdiploma) met een geschikte kwalificatie om hun functie te mogen uitoefenen. Zij hebben een uitgebreide kennis over genderdysforie. Zij zijn in staat om

- de rol van eerste contactpunt op te nemen tussen de rechthebbende en het centrum,
- alle medische, psychologische en psychosociale componenten van de behandeling en de begeleiding van de rechthebbenden te coördineren, voor alle aspecten van genderdysforie zoals bedoeld in deze overeenkomst, met inbegrip van de zorg die niet verstrekt wordt door het centrum zelf,
- de rechthebbenden en de mensen uit hun omgeving raad te geven, zodat zij zelf bepaalde aspecten van hun behandeling kunnen beheren,
- de gegevens over de rechthebbenden te registreren en op een beveiligde manier te beheren, onder de strikte toepassing van de privacy-wetgeving en het medisch beroepsgeheim.

Maatschappelijk werker

De persoon of personen die de functie van maatschappelijk werker uitoefenen, beschikken over de kwalificatie van sociaal verpleegkundige of van verpleegkundige met specialisatie in de sociale gezondheidszorg of van maatschappelijk assistent. Zij bezitten voldoende kennis over genderdysforie en een uitgebreide kennis van de sociale zekerheid op al haar organisatieniveaus. Zij kunnen concrete oplossingen voorstellen voor maatschappelijke, sociale en/of financiële problemen waarmee genderdysfore individuen – als direct of indirect gevolg van de genderdysforie – worden geconfronteerd. In dat kader helpen zij de rechthebbenden bij de administratieve formaliteiten en verzekeren zij de relatie met de sociale en administratieve instellingen en diensten.

Artikel 10 § 1 Onder *arbeidstijd* voor de realisatie van de zittingen in het kader van de overeenkomst (hieronder: *arbeidstijd* genoemd) wordt de tijd verstaan die daadwerkelijk besteed wordt aan het realiseren van de verstrekkingen waarin deze overeenkomst voorziet, of aan taken die voortvloeien uit de gerealiseerde zittingen, al dan niet in aanwezigheid van de rechthebbenden. Het gaat om de tijd die in aanmerking wordt genomen in de berekening van de prijs van de verstrekkingen (punt 2 van de bijlage). In toepassing van artikel 6, § 6 wordt de tijd die besteed wordt aan het verrichten van handelingen die in een andere reglementaire context worden gefinancierd, nooit in aanmerking genomen als arbeidstijd in het kader van de overeenkomst; de arbeidstijd in het kader van de overeenkomst is residuair in vergelijking met de tijd die wordt besteed aan alle handelingen die elders worden gefinancierd.

De *totale arbeidstijd* is de som van de arbeidstijd van alle teamleden.

§ 2 Teneinde de zorgkwaliteit te garanderen, respecteert het centrum een evenredigheidsregel tussen de totale arbeidstijd van het therapeutisch en administratief team en het aantal zittingen dat het in de loop van een kalenderjaar verricht. Deze regel is gebaseerd op de berekening van de prijs van de zittingen. Ze wordt vermeld in punt 3 van de bijlage.

Het aantal daadwerkelijk gerealiseerde zittingen tijdens een kalenderjaar wordt vermeld in de productiecijfers (artikel 32).

Het centrum respecteert eveneens een evenredigheidsregel die gebaseerd is op de kostprijs van de zittingen, voor de verdeling van de arbeidstijd tussen de verschillende functies. Volgens die regel:

1. is de totale arbeidstijd van elke functie of groep van functies de som van de arbeidstijd van alle leden van het multidisciplinair team die deze functie uitvoeren. Het minimum of maximum van de verhouding tussen de totale arbeidstijd per functie en de totale arbeidstijd van het ganse team wordt in de volgende tabel vermeld:

(Groep van) functies	% minimum	% maximum
Coördinerend arts (art. 8, 1):	5	
Masters (art. 8, 2, 3 en 4):	70	
Bachelors (art. 8, 5):	5	
Secretaris (art. 8, 6):		12

2. De totale arbeidstijd bedraagt nooit minder dan 5 uur per week, en dit voor geen enkele functie, vermeld in de punten 1 tot 4 van artikel 8.

Artikel 11 § 1 Het centrum neemt zonder verwijl alle maatregelen om het personeelskader te vervolledigen 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. Het centrum is evenwel niet verplicht om het personeelskader te vervolledigen als een functie feitelijk vacant is, maar het centrum het betrokken personeelslid nog wel effectief bezoldigt, met name tijdens de wettelijk bezoldigde opzeggingstermijn voor een personeelslid dat ontslagen is en tijdens de wettelijke termijn van gewaarborgd inkomen voor een personeelslid dat afwezig is wegens ziekte.

Indien teamleden op het einde van hun loopbaan worden vrijgesteld van arbeidsprestaties overeenkomstig de bepalingen van de CAO in kwestie, moet die vrijstelling gecompenseerd worden door nieuwe aanwervingen of door een verhoging van de arbeidsduur van andere teamleden, rekening houdende met de voor iedere functie vastgestelde kwalificaties. De financiering van die compenserende tewerkstelling valt buiten het kader van deze overeenkomst, maar is niet in strijd met deze overeenkomst.

§ 2 Het centrum houdt een volledig overzicht bij van de teamleden die het in dienst heeft. Dat overzicht vermeldt op ieder moment de identiteit van elk teamlid, zijn functie, alsook zijn arbeidstijd en zijn wekelijks dienstrooster in het kader van de overeenkomst. Dat overzicht moet onmiddellijk kunnen worden voorgelegd bij elk bezoek van een vertegenwoordiger van het RIZIV of een verzekeringsinstelling.

Een overzicht van de evolutie van het personeelskader van het centrum in de loop van het vorige jaar (met vermelding van de identiteit van elk personeelslid, zijn functie en zijn arbeidstijd) wordt opgesteld volgens een door de Dienst voor Geneeskundige Verzorging vastgesteld model. Het wordt elk jaar samen met de in artikel 31 vermelde boekhouding aan de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het RIZIV bezorgd.

§ 3 Ingeval het vereiste personeelskader in de loop van een welbepaald kalenderjaar niet nageleefd wordt, kan het Verzekeringscomité op voorstel van het College van Geneesheren-directeurs beslissen deze overeenkomst op te zeggen en/of een percentage van de verzekeringstegemoetkoming in de verstrekkingen terug te vorderen. Dat percentage kan het dubbele bedragen van het percentage van het personeelskader dat in de loop van het in aanmerking genomen kalenderjaar ontbreekt. Voordat het College en het Verzekeringscomité ter zake een beslissing nemen, heeft het centrum de gelegenheid om schriftelijk de redenen uit te leggen voor het niet naleven van het personeelskader.

Het centrum verbindt zich ertoe om het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming dat het overeenkomstig de voormelde bepalingen zou moeten terugbetalen, niet bij de rechthebbenden terug te vorderen.

Artikel 12 De loonkosten van het personeel dat tewerkgesteld wordt in het kader van de overeenkomst, worden volledig door het centrum gedragen op basis van de tegemoetkomingen - in de kosten van de verstrekkingen - die via deze overeenkomst kunnen worden verkregen. Het centrum kan bijgevolg geen enkele andere financiële tegemoetkoming in de loonkosten van het personeel dat in het kader van deze overeenkomst wordt gefinancierd, ontvangen van een andere openbare overheid - ongeacht het bedrag, de aard of de vorm ervan.

Artikel 13 Het multidisciplinair therapeutisch team vergadert minstens één keer per maand. Die vergaderingen hebben tot doel de coherentie van de werking van het centrum en van de interventies bij de rechthebbenden te bevorderen, alsook bij te dragen tot het onderling delen van de expertise van de teamleden en het up-to-date houden van de kennis van de leden in alle nuttige materies. De vergaderingen vinden plaats onder het toezicht van de coördinerend arts.

Van elke vergadering wordt een schriftelijk verslag opgesteld waarin op zijn minst de namen van de deelnemers zijn opgenomen, de lijst van de behandelde onderwerpen en de namen van de rechthebbenden wier geval besproken werd. Dat schriftelijk verslag wordt door het centrum bewaard.

4.3. Functionele eenheid en toegankelijkheid

Artikel 14 § 1 Het centrum is gevestigd in de lokalen van een ziekenhuis, op één site van dat ziekenhuis. Het centrum is een organisatorische en functionele eenheid die als zodanig gemakkelijk door de rechthebbenden kan worden geïdentificeerd. Het beschikt over de nodige consultatie- en individuele gespreksruimten, over een vergaderzaal en een secretariaat waar de patiëntendossiers worden bewaard en ter beschikking worden gehouden van het multidisciplinair team. Het beschikt permanent over al het materiaal dat nodig is voor het goede verloop van de zorgprogramma's die deze overeenkomst dekt.

§ 2 Het centrum kan – met respect voor de bepalingen van artikel 6, § 6 - een beroep doen op een arts van gelijk welk specialisme dat nodig is voor een optimale tenlasteneming van de rechthebbenden in het kader van deze overeenkomst. Het kan in het bijzonder een beroep doen op een specialist in elk van volgende specialiteiten, allen vertrouwd met de behandeling van genderdysforie,

- als het centrum rechthebbenden jonger dan 16 jaar behandelt: pediatrische urologie en endocrinologie, kinderpsychiatrie,
- als het centrum rechthebbenden van 16 jaar en ouder behandelt: endocrinologie, urologie, gynaecologie, plastische chirurgie, genetica, psychiatrie. .

Die artsen werken in het ziekenhuis waartoe het centrum behoort, en dit in nauwe samenwerking met het therapeutisch team van het centrum. Zij nemen deel aan de vergaderingen van het multidisciplinair team, telkens wanneer hun competenties daar vereist zijn.

Het ziekenhuispersoneel dat betrokken is bij de behandeling van de rechthebbenden van deze overeenkomst, maar dat niet expliciet is opgenomen in het effectief personeelskader van het centrum, bedoeld in de artikelen 8 en 9, maakt echter geen deel uit van het centrum en zijn behandelingen worden niet gefinancierd door deze overeenkomst.

Het centrum zal erop toezien dat zijn personeelsleden zoveel mogelijk gelijktijdig aanwezig zijn om op die manier de eenheid van de werking en de beschikbaarheid van de verschillende disciplines op de momenten waarop de rechthebbenden naar het centrum komen, te garanderen. Het centrum deelt het wekelijks uurrooster van zijn activiteiten en elke wijziging die daarin wordt aangebracht, mee aan zijn rechthebbenden en aan de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het RIZIV.

Het treft alle nuttige maatregelen, opdat minstens 1 titularis van de functies 1 tot 4 zoals bedoeld in artikel 8, § 1, snel kan worden bereikt tijdens de openingsuren van het centrum.

4.6. Minimumaantal rechthebbenden

Artikel 15 § 1 Om zijn verworven bekwaamheid en ervaring inzake genderdysforie, de gevolgen daarvan en de therapeutische tenlasteneming van de rechthebbenden aan te tonen, dient elk centrum dat zich kandidaat stelt voor het sluiten van deze overeenkomst, te kunnen bewijzen dat het in de loop van de 2 volledige kalenderjaren die voorafgaan aan het jaar waarin het zijn aanvraag in-

dient, jaarlijks gemiddeld minstens 100 personen heeft gevolgd die voldoen aan de voorwaarden van artikel 3.

Vanaf de inwerkingtreding van deze overeenkomst verricht het centrum elk kalenderjaar minstens één vergoedbare zitting voor een minimum van 100 verschillende rechthebbenden die voldoen aan de voorwaarden van artikel 3. De rechthebbenden voor wie het centrum enkel een gesprek realiseert zijn hierin niet inbegrepen.

§ 2 Bij beslissing van het Verzekeringscomité en op voorstel van het College van Geneesheren-Directeurs loopt deze overeenkomst af op 1 juli van het jaar dat volgt op de 1^e periode van 2 opeenvolgende kalenderjaren tijdens welke het minimumaantal verschillende rechthebbenden niet werd bereikt. Voordat het College en het Verzekeringscomité ook maar enige beslissing nemen, krijgt het centrum alleszins de gelegenheid om de redenen voor het ontoereikend aantal rechthebbenden schriftelijk toe te lichten.

V. VERZEKERINGSTEGEMOETKOMING IN DE KOSTPRIJS VAN DE VERSTREKKINGEN

5.1. Verzekeringstegemoetkoming

Artikel 16 De verzekeringstegemoetkoming in de kosten of de "prijs" van elke verstrekking die deze overeenkomst voorziet, is een forfait dat alle kosten dekt die gepaard gaan met de uitvoering van die verstrekking ten behoeve van een rechthebbende. De verzekeringstegemoetkoming is verschuldigd voor elke verstrekking die beantwoordt aan de voorwaarden die zijn vastgesteld in de overeenkomst.

Artikel 17 § 1 Het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming wordt vastgesteld op basis van de bijlage bij deze overeenkomst. Het bedrag wordt vastgesteld op:

	pseudocode-nummer	totaal (in euro)	indexeerbaar	niet-indexeerbaar
1. Zitting (art. 6, §§ 2 en 3)	787916-787920	96,82	92,07	4,75
2. Gesprek (art. 6, §§ 2 en 4)	787931-787942	96,82	92,07	4,75
3. Geneesmiddelenforfait (art. 6, § 5)	787953-787964	273,79	0	273,79

§ 2 Het indexeerbaar gedeelte van het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming is gekoppeld aan de spilindex 103,04 (basis 2013) van de consumptieprijzen. Het 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 verzekeringstegemoetkoming moet worden verminderd met het bedrag van de persoonlijke bijdrage van de rechthebbende, die wordt vastgesteld conform de bepalingen van het Koninklijk Besluit van 29 april 1996, gewijzigd bij het Koninklijk Besluit van 12 februari 1999, tot vaststelling van de vermindering van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de honoraria en prijzen vastgesteld in sommige overeenkomsten met de revalidatie-instellingen, bedoeld in artikel 22, 6° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

5.2. Aanvraag om akkoord en periode van de verzekeringstegemoetkoming

Artikel 18 § 1 Voor elke rechthebbende is de verzekeringstegemoetkoming in de kosten van de verstrekkingen onderworpen aan een voorafgaand akkoord van de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling waarbij de rechthebbende is aangesloten of ingeschreven, 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 voormeld KB moet de adviserend geneesheer van het ziekenfonds van de rechthebbende de aanvraag om akkoord uiterlijk 30 dagen na de datum van de eerste verstrekking die in het kader van de gevraagde periode door het centrum ten behoeve van die rechthebbende werd verricht, ontvangen hebben. De aanvraag moet worden ingediend door middel van het formulier dat het Comité van de Verzekering voor Geneeskundige Verzorging heeft goedgekeurd, samen met een medisch verslag dat door een arts van het centrum wordt opgesteld overeenkomstig het model dat door het College van Geneesheren-Directeurs is goedgekeurd.

In geval van een akkoord bepaalt de adviserend geneesheer de begindatum en de duur van de periode van verzekeringstegemoetkoming. De maximumduur van elke periode bedraagt 36 maanden, te rekenen vanaf de begindatum. Elke weigering moet worden gemotiveerd.

Een akkoord is vereist voor de zittingen en de gesprekken (artikel 6, §§ 2 tot 4); een ander akkoord is vereist voor het geneesmiddelenforfait (artikel 6, § 5).

§ 2 Elke aanvraag tot verlenging of vernieuwing van de periode van verzekeringstegemoetkoming moet overeenkomstig de voorwaarden vermeld in § 1 worden ingediend. De periodes zijn verlengbaar of vernieuwbaar zolang het maximum aantal zittingen niet bereikt is voor de desbetreffende rechthebbende. Van zodra dit aantal bereikt is, zijn ze dit niet meer.

§ 3 Het centrum verbindt zich ertoe om de rechthebbende te informeren en hem te helpen bij de te ondernemen stappen.

Artikel 19 § 1 De periode van verzekeringstegemoetkoming wordt ambtshalve onderbroken indien de rechthebbende zijn programma in het centrum onderbreekt om het in een ander centrum dat met het RIZIV een overeenkomst heeft gesloten, voort te zetten. Een nieuw akkoord voor een tegemoetkoming volgens de procedure die artikel 18 voorziet, is vereist voor het voortzetten van het programma in dat tweede centrum.

Mits de rechthebbende ermee akkoord gaat, onderhouden het centrum dat het programma heeft gestart en het centrum dat het programma voortzet, alle nuttige contacten om het optimaal verloop van het zorgprogramma te garanderen. Ze nemen de vereiste maatregelen om de naleving van de bepalingen van de overeenkomst te garanderen.

§ 2 De onderbreking van een programma in een centrum en de voortzetting ervan in een ander centrum wijzigen geenszins de bepalingen van deze overeenkomst, meer bepaald met betrekking tot het totale aantal terug te betalen verstrekkingen, dat gelijk blijft aan de maxima die in artikel 21 zijn vastgesteld.

§ 3 In toepassing van artikel 6, § 4, is een doorverwijzing van een rechthebbende naar een geconventioneerd centrum dat het preoperatief (en eventueel een post-operatief) gesprek realiseert, geen reden om de periode van tenlasteneming in het centrum te onderbreken. Het centrum dat

enkel het gesprek realiseert, kan hiervoor geen aanvraag indienen om een periode van verzekeringstegemoetkoming toe te kennen.

5.3. Maximum aantallen vergoedbare verstrekkingen

Artikel 20 In de loop van eenzelfde kalenderjaar mag het centrum factuureerbare verstrekkingen verrichten met een waarde van maximaal 8.686 facturatie-eenheden. Voor de berekening van het maximumaantal factuureerbare verstrekkingen telt elke zitting en elk gesprek voor 1 facturatie-eenheid en telt elk geneesmiddelenforfait voor 3 facturatie-eenheden. Het gesprek wordt meegeteld voor de inrichting die het realiseert en het factureert conform de bepalingen van artikel 6, § 4.

In het jaar van inwerkingtreding en van stopzetting van deze overeenkomst wordt de maximale facturatiecapaciteit aangepast naar rata van de geldigheidsduur van de overeenkomst in de loop van dat kalenderjaar.

Artikel 21 § 1 Het maximumaantal vergoedbare verstrekkingen ten behoeve van eenzelfde rechthebbende hangt af van zijn leeftijd:

1. vóór het kalenderjaar waarin een rechthebbende de leeftijd van 16 jaar bereikt, kan de rechthebbende de terugbetaling van maximaal 15 zittingen genieten
2. vanaf het kalenderjaar waarin een rechthebbende de leeftijd van 16 jaar bereikt, kan de rechthebbende de terugbetaling van maximaal 10 zittingen en 2 gesprekken genieten.

Als de rechthebbende zijn 16^{de} verjaardag bereikt zonder het maximum van 15 vergoedbare zittingen (punt 1) te hebben uitgeput, kunnen de overige zittingen niet toegevoegd worden aan de volgende periode (punt 2) om het maximum van die periode te verhogen; dit maximum ligt in ieder geval vast op 10.

§ 2 Eenzelfde rechthebbende kan een verzekeringstegemoetkoming ontvangen voor een maximum van 2 zittingen gerealiseerd op eenzelfde dag.

Artikel 22 Eenzelfde rechthebbende kan slechts een verzekeringstegemoetkoming ontvangen voor één enkel geneesmiddelenforfait per periode van 3 maanden.

5.4. Facturatievoorwaarden voor de verstrekkingen

Artikel 23 Het centrum rekent het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming aan aan de verzekeringsinstelling van de rechthebbende door gebruik te maken van de procedure inzake elektronisch factureren van het ziekenhuis waarvan het centrum deel uitmaakt. Het brengt de rechthebbende minstens één keer per jaar schriftelijk op de hoogte van de bedragen die het in toepassing van deze overeenkomst aan zijn verzekeringsinstelling heeft gefactureerd.

Artikel 24 § 1 Het centrum verbindt zich ertoe om elke ten onrechte verkregen verzekeringstegemoetkoming terug te betalen, overeenkomstig de bepalingen van artikel 164 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

§ 2 Het centrum verbindt zich ertoe om aan de rechthebbenden

- geen enkele handeling te factureren waarvoor de verzekeringstegemoetkoming wordt geweigerd, ongeacht de reden voor de weigering,

- geen enkele verzekeringstegemoetkoming te factureren die het centrum heeft moeten terugbetalen krachtens de bepalingen van § 1, ongeacht de reden voor de verplichte terugbetaling.

5.5. Cumulatieregels

Artikel 25 Indien door het toepassen van de bepalingen van artikel 18, twee of meer periodes van verzekeringstegemoetkoming aan eenzelfde rechthebbende worden toegekend voor een zorgprogramma dat wordt verricht door het centrum en door één of meerdere andere centra voor transgenderzorg die een overeenkomst met het RIZIV hebben gesloten, mogen die periodes nooit samen vallen noch elkaar gedeeltelijk overlappen.

Artikel 26 Overeenkomstig de bepalingen van artikel 6, § 6, maken de verzorging en de behandelingen die door de verzekering voor geneeskundige verzorging in een andere reglementaire context worden terugbetaald, geen deel uit van de verstrekkingen die deze overeenkomst voorziet. Zij kunnen met die verstrekkingen worden gecumuleerd.

Artikel 27 Het centrum verbindt zich ertoe om geen enkel supplement aan de rechthebbenden of aan de verzekeringsinstellingen te factureren voor de verstrekkingen die in het kader van deze overeenkomst worden verricht.

Artikel 28 Het centrum neemt alle nodige maatregelen om de toepassing van de bepalingen van de voormelde artikelen 25 tot 27 te garanderen. Het licht de tekst ervan toe en legt de draagwijdte ervan uit aan de rechthebbende of aan zijn wettelijke vertegenwoordiger in een schriftelijk document dat het centrum hun bezorgt tegen ondertekend ontvangstbewijs.

VI. BEHEER VAN DE MEDISCHE GEGEVENS EN JAARVERSLAG

Artikel 29 § 1 Het centrum houdt voor elke rechthebbende een patiëntendossier bij waarin minstens de volgende zaken worden opgenomen:

- de identificatiegegevens;
- een kopie van het geïndividualiseerd zorgplan;
- de resultaten van de uitgevoerde onderzoeken;
- een samenvatting van de verstrekkingen die ten behoeve van de rechthebbende zijn verricht, van de beoogde doelstellingen en van de daadwerkelijk behaalde resultaten;
- de conclusies van de teamvergaderingen die op hem betrekking hebben;
- een kopie van de briefwisseling met zijn huisarts en, in voorkomend geval, ook met zijn behandelend arts-specialist;
- elke andere briefwisseling over deze rechthebbende.

§ 2 Tenzij de rechthebbende zich daartegen verzet, deelt het centrum aan de behandelende arts van de rechthebbende het volgende mee:

- aan het begin van het programma: het geïndividualiseerd zorgplan,
- zodra het programma is beëindigd: een samenvattend verslag waarin de daadwerkelijk verleende verzorging, de resultaten daarvan en de eventuele aandachtspunten worden vermeld.

§ 3 De gegevens die zijn opgenomen in de patiëntendossiers, worden verzameld, bewaard, overgedragen en gebruikt overeenkomstig de wettelijke en deontologische verplichtingen betreffende de naleving van het medisch beroepsgeheim en de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

Artikel 30 § 1 Reeds tijdens de eerste maanden waarin de overeenkomst van toepassing is, stelt het College van Geneesheren-directeurs, in overleg met de geconventioneerde centra, een model van jaarverslag op waarin gedetailleerde gegevens zijn opgenomen betreffende:

- de kenmerken van de populatie rechthebbenden van de overeenkomst;
- de verleende verzorging en de behaalde resultaten;
- de werking van het centrum.

Het verslag respecteert de wettelijke verplichtingen betreffende de bescherming van de persoonlijke levenssfeer. Het bevat enkel geglobaliseerde gegevens waaruit de identiteit van de rechthebbenden niet kan worden achterhaald.

§ 2 Het centrum voert de door het College vastgestelde procedure voor het verzamelen, analyseren en overdragen van de gegevens, nauwgezet uit van zodra het de instructies heeft ontvangen.

De kosten die de verzameling van de gegevens en hun analyse met zich meebrengen, alsook de kosten die betrekking hebben op het opstellen en verzenden van het jaarverslag, worden gedekt door de in artikel 17 vastgelegde tegemoetkomingen voor de zittingen en de gesprekken.

VIII ALGEMENE ADMINISTRatieve BEPALINGEN

Artikel 31 De inrichtende macht van het centrum houdt een boekhouding bij die enerzijds gebaseerd is op het genormaliseerd minimaal boekhoudkundig plan voor de ziekenhuizen (KB van 14.08.1987) en anderzijds op de beslissingen die daaromtrent zijn genomen door het Comité van de Verzekering voor Geneeskundige Verzorging. De boekhoudkundige gegevens met betrekking tot de toepassing van deze overeenkomst worden opgenomen in een afzonderlijke kostenrubriek, zodat de uitgaven en inkomsten onmiddellijk bekend zijn. Vóór het einde van de maand juni van ieder jaar stuurt de inrichtende macht van het centrum de boekhoudkundige gegevens die verband houden met de toepassing van deze overeenkomst en die betrekking hebben op het voorgaande kalenderjaar, naar de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV.

Artikel 32 § 1 Vóór het einde van de maand die volgt op het einde van ieder trimester bezorgt het centrum aan de Dienst voor geneeskundige verzorging zijn productiecijfers (met name het aantal gerealiseerde verstrekkingen, per soort, vermenigvuldigd met hun respectieve prijzen) betreffende dat trimester. Het centrum gebruikt daarvoor de informaticatoepassing die de Dienst ter beschikking stelt.

Een verstrekking die werd uitgevoerd voor een rechthebbende kan slechts één keer in de productiecijfers voorkomen. Die verstrekking moet erin worden vermeld van zodra ze is uitgevoerd, zonder te wachten tot ze gefactureerd of vergoed werd. Het centrum moet echter niet de verstrekkingen vermelden waarvan het op voorhand weet dat ze niet vergoedbaar zijn (bijv. omdat ze niet aan de voorwaarden voldoen die zijn vastgelegd in het kader van deze overeenkomst of omdat de rechthebbende niet verzekerd is in het kader van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering).

Het centrum verbindt zich ertoe om op verzoek van de Dienst voor Geneeskundige Verzorging of de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle van het RIZIV alle documenten voor te leggen die nodig zijn ter staving van de bezorgde productiecijfers. Het opzettelijk bezorgen van verkeerde productiecijfers zal ambtshalve de onmiddellijke schorsing van betaling door de verzekeringsinstellingen in het kader van deze overeenkomst tot gevolg hebben.

§ 2 Indien de productiecijfers niet zijn bezorgd vóór het einde van de eerste maand die volgt op het einde van een trimester, wordt het centrum per aangetekende brief aan zijn verplichtingen herinnerd. Indien de productiecijfers nog steeds niet zijn bezorgd binnen de 30 kalenderdagen die volgen op de aangetekende verzending, worden de uitbetalingen door de verzekeringsinstellingen (in het kader van de overeenkomst tussen het RIZIV en het centrum) ambtshalve onmiddellijk opgeschort zolang er niet voldaan is aan deze verplichting.

§ 3 Het centrum wijst een contactpersoon aan, die belast wordt met de overdracht van de productiecijfers. Het deelt diens identiteitsgegevens (naam, rechtstreeks telefoonnummer en elektronisch adres) mee aan de Dienst voor Geneeskundige Verzorging en brengt deze dienst eveneens op de hoogte van iedere wijziging in die identiteitsgegevens.

Artikel 33 § 1 Het centrum verbindt zich ertoe de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het RIZIV en/of de betrokken verzekeringsinstellingen alle informatie te bezorgen die hen toelaat de naleving van de bepalingen van deze overeenkomst in al hun aspecten te controleren.

§ 2 Het centrum geeft iedere vertegenwoordiger van het RIZIV of van de verzekeringsinstellingen de toestemming om de bezoeken af te leggen die hij nuttig acht voor de uitvoering van zijn opdracht om de naleving van de bepalingen van deze overeenkomst te controleren.

Artikel 34 § 1 De inrichtende macht van het centrum verbindt zich ertoe alle voorwaarden te creëren die nodig zijn opdat het centrum de individuele zorgprogramma's in optimale omstandigheden kan organiseren en alle bepalingen van deze overeenkomst kan naleven.

§ 2 De inrichtende macht van het centrum neemt de volledige verantwoordelijkheid op zich voor de eventuele niet-naleving van de bepalingen van deze overeenkomst door het centrum en voor de gevolgen, meer bepaald op financieel vlak, die daaruit voortvloeien.

§ 3 De inrichtende macht van het centrum verbindt zich ertoe ieder teamlid te informeren over alle bepalingen van deze overeenkomst teneinde dat teamlid in staat te stellen zijn taken te vervullen overeenkomstig de bepalingen van deze overeenkomst. Daartoe bezorgt de inrichtende macht aan ieder personeelslid de volledige tekst van deze overeenkomst. De inrichtende macht bewaart de ter zake door de teamleden ondertekende ontvangstbewijzen en houdt ze ter beschikking van de Dienst voor Geneeskundige verzorging van het RIZIV.

IX OVERGANGSBEPALINGEN

Artikel 35 Om het centrum toe te laten zijn organisatie en zijn wijze van functioneren aan de bepalingen van deze overeenkomst aan te passen, wordt tot en met 30.09.2018 de "*arbeidstijd zonder de patiënt*" van de masters en bachelors (punt 2 van de bijlage) van 40 % naar 50 % van hun totale arbeidsduur gebracht.

Volgende waarden worden evenredig aangepast:

- Artikel 17, § 1, 1: De kostprijs van de zitting en van het gesprek wordt gewijzigd in 112,47 € (indexeerbaar: 106,95 €, niet-indexeerbaar: 5,52 €),
- Artikel 20: het maximum aantal factureerbare verstrekkingen tijdens een kalenderjaar wordt teruggebracht tot 7.478 eenheden en de waarde van het “medicatieforfait” wordt teruggebracht tot 2,50 facturatie-eenheden.

X GELDIGHEIDSPERIODE VAN DEZE OVEREENKOMST

Artikel 36 § 1 Deze overeenkomst, opgemaakt in twee exemplaren en behoorlijk ondertekend door beide partijen, treedt in werking op 1 oktober 2017.

Ze vernietigt en vervangt de overeenkomst die op 2 augustus 2017 is ondertekend 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.

§ 2 Ze geldt tot 30 september 2020. Elk van de partijen kan ze echter op ieder moment opzeggen met een ter post aangetekende brief die wordt gericht aan de andere partij. De uitwerking van deze overeenkomst houdt op na 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 bijlage bij deze overeenkomst maakt integrerend deel uit van de overeenkomst, maar wijzigt niets aan de eigenlijke bepalingen van de overeenkomst. Het betreft de volgende bijlage:

- Bijlage: berekening van de prijs van de zitting

Voor het UZ Gent namens zijn centrum voor transgenderzorg van het gelijknamige ziekenhuis (datum en handtekening) De Gemachtigde namens de inrichtende macht, Prof dr E. MORTIER De verantwoordelijke arts, Prof dr G. T'SJOEN	Voor het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, Brussel, De Leidend Ambtenaar, H. DE RIDDER Directeur-generaal
--	--

OVEREENKOMST MET DE CENTRA VOOR TRANSGENDERZORG

Bijlage: berekening van de prijs van de zitting

1. Basisgegevens

Tabel 1	
Actualisering	01.01.2017
Spilindex	101,02
Anciënniteit	10 jaar
Uren/dag	7,6
Werkdagen/jaar*	215
Werkuren/jaar/VTE	1.634

Tabel 2		WE	feestdagen	verlof	afwezighe- den	niet- gewerkt	gewerkt
*werkdagen/jaar	365	104	12	24	10	150	215
	100 %					41%	59%

Tabel 3	jaarlijkse kos- ten	kosten per uur*
Artsen	135.289,26	82,80
Masters	69.234,80	42,37
Bachelors	56.366,83	34,50
Secretaris	44.221,38	27,06

* kosten per uur = jaarlijkse kosten / 1.634

2. Prijs van de zitting

De masters (psychologen, seksuologen en case-managers) en de bachelors (maatschappelijk werkers) verrichten de zittingen met de patiënt. Zij werken 60 minuten face-to-face met de patiënt (duur van de zitting). Gemiddeld komen de masters 88% van de tijd tussen en de bachelors 12%. De arbeidstijd zonder de patiënt bedraagt 40% van de totale arbeidstijd.

De arbeidstijd van de artsen met de patiënt wordt gefinancierd via de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen. Hun arbeidstijd zonder de patiënt wordt gefinancierd via de zittingen. Die wordt aan de berekening van de prijs van de zittingen toegevoegd.

De arbeidstijd van de secretaris wordt eveneens gefinancierd via de zittingen.

Op basis van die principes wordt in de volgende tabel de berekening gespecificeerd van de personeelskosten die door een zitting worden gedekt:

Tabel 4	Arbeidstijd in minuten per zitting van één uur			Kosten in euro
	met de patiënt	zonder de patiënt	totaal	
Artsen		7,00	7,00	9,66
Masters	53,00	35,33	88,33	62,38
Bachelors	7,00	4,67	11,67	6,71
Secretaris		15,00	15,00	6,77
	60,00	62,00	122,00	85,51

De personeelskosten vertegenwoordigen 90% van de totale kosten en de algemene kosten 10%. 95 % van de totale kosten zijn indexeerbaar.

Tabel 5	personeels- kosten	algemene kosten	totaal	indexeer- baar	niet- indexeer- baar
Prijs van een zitting	85,51	9,50	95,01	90,26	4,75

3. Aantal zittingen per VTE therapeutisch personeel (psychologen en bachelors)

Een VTE komt overeen met 1.634 effectieve arbeidsuren per jaar (punt 1).

Een zitting van 60 minuten vergt van de psychologen en bachelors 100 minuten werk; in die 60 minuten wordt immers geen rekening gehouden met het verrichte werk zonder de patiënt (punt 2 - grijze vakjes in tabel 4).

Met 1 VTE therapeutisch personeel kan het centrum dus 980 zittingen ($1.634 / 1,6667$) per jaar realiseren.

Het centrum zou eventueel iets meer zittingen kunnen realiseren indien het de arbeidstijd zonder de patiënt zou kunnen reduceren. Het centrum zou zo kunnen beantwoorden aan een hogere vraag en anticiperen op een verhoging van de capaciteit die samenhangt met een uitbreiding van zijn team. Om rekening te houden met deze mogelijkheid voegen we 5% toe aan het maximumaantal zittingen, dat zo verhoogd wordt tot 1.029 per jaar. De maximale facturatiecapaciteit per jaar die vastgelegd wordt in artikel 20 blijft echter onveranderd, de marge van 5% wordt hieraan niet toegevoegd.

Het maximumaantal zittingen per VTE therapeutisch personeel per jaar wordt dus berekend op basis van de volgende formule:

$$n. \text{ max. zittingen} = (n \text{ VTE} \times 1.634 / 1,6667) + (n \text{ VTE} \times 1.634 / 1,6667 \times 0,05)$$

Deze formule geeft de volgende resultaten voor volgende aantallen VTE die uit praktische overwe-
gingen gekozen zijn:

VTE therapeutisch	Maximumaantal zittingen / jaar
1,00	1.029
2,00	2.059
5,00	5.147
8,40	8.647

**MEDISCH VERSLAG DAT AANTOONT DAT DE RECHTHEBBENDE BEANTWOORDT AAN DE
VOORWAARDEN VOOR TEGEMOETKOMING IN DE KOSTEN VAN HET MULTIDISCIPLINAIR
ZORGPROGRAMMA VOOR TRANSGENDERZORG**

Bij te voegen bij het aanvraagformulier om tegemoetkoming in de kosten voor revalidatieverstrekingen

I. ADMINISTRATIEVE GEGEVENS

1.1 Identificatie van de rechthebbende

kleefbriefje aanbrengen a.u.b.

1.2 Identificatie van de geconventioneerde inrichting

Identificatienummer : 7.76.2

Naam en adres:

.....

Naam en telefoonnummer van de contactpersoon:

.....

.....

II. MEDISCHE GEGEVENS

De ondergetekende arts verklaart dat de patiënt ⁽¹⁾:

- ☐ psychosociale en/of medische hulp vraagt betreffende zijn genderidentiteit of genderexpressie
- ☐ symptomen van genderdysforie vertoont of reeds die diagnose heeft gekregen volgens de omschrijving van de DSM-5 (code 302.6 [kinderen], 302.85 [adolescenten en volwassenen]), of eventueel van de ICD-11, of van een latere editie van deze classificaties.

De aanvraag betreft de tenlasteneming van ⁽¹⁾:

- ☐ psychologische en psychosociale begeleidingszittingen (zitting) en eventueel 1 of 2 preoperatieve en post-operatieve gesprekken (gesprek)

Gevraagde periode van tenlasteneming (max. 36 maanden):

van/...../..... tot en met/...../.....

- ☐ driemaandelijks geneesmiddelenforfait (geneesmiddelenforfait): het geneesmiddelenforfait kan enkel worden aangevraagd als voor de rechthebbende reeds minstens één zitting werd verricht en als de rechthebbende effectief met gonadoreline-analogen wordt behandeld. Het geneesmiddelenforfait moet slechts éénmaal worden aangevraagd. De aanvaarde periode van tegemoetkoming voor het geneesmiddelenforfait loopt vanaf de datum dat met de behandeling met gonadoreline-analogen wordt gestart tot de dag voor de 19^{de} verjaardag van de rechthebbende. Binnen die aanvaarde periode kan het geneesmiddelenforfait worden aangerekend voor iedere periode van 3 maanden dat de rechthebbende effectief met gonadoreline-analogen wordt behandeld. De laatste aangerekende periode van 3 maanden moet uiterlijk eindigen op de dag voor de 19^{de} verjaardag van de rechthebbende.

Startdatum van de behandeling met gonadoreline-analogen:/...../.....

Datum van de meest recente zitting:/...../.....

⁽¹⁾ Kruis alle vakjes aan die van toepassing zijn.

Het betreft hier een ⁽¹⁾

☐ eerste voorschrift voor zittingen en eventueel gesprekken

☐ verlenging van de periode tijdens welke zittingen en eventueel gesprekken kunnen worden gerealiseerd

Voor de rechthebbende werden reeds:

..... ⁽²⁾ zittingen verricht tot het jaar voorafgaand aan de 16^{de} verjaardag van de rechthebbende.

..... ⁽²⁾ zittingen verricht vanaf het jaar waarin de rechthebbende de leeftijd van 16 jaar bereikt heeft.

Voor de rechthebbende werden reeds..... ⁽³⁾ gesprekken verricht.

☐ eerste voorschrift voor geneesmiddelenforfait

Naam, handtekening en datum van de verantwoordelijke arts van het geconventioneerd centrum:.....

.....
.....

III. BESLISSING VAN DE ADVISEREND ARTS

Datum van ontvangst van deze aanvraag:/...../.....

Beslissing van de adviserend arts ⁽¹⁾:

☐ Gunstig voor

☐ zittingen en gesprekken

☐ geneesmiddelenforfait

☐ Ongunstig voor

☐ zittingen en gesprekken

☐ geneesmiddelenforfait

omdat:

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

☐ Andere:
.....
.....

Identificatie en handtekening van de adviserend arts en datum van de beslissing:

.....
.....

⁽²⁾ Vul het aantal zittingen in dat voor de rechthebbende reeds werd verricht.

⁽³⁾ Vul het aantal gesprekken in dat voor de rechthebbende reeds werd verricht.

RIZIV

Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering

Exp./Afz. : RIZIV (DGV), Tervurenlaan 211, 1150 Brussel

UZ Gent

O. Van Haute, Dr. G. 'Tsjoen

De Pintelaan 185

9000 GENT

DIENT GENEESKUNDIGE VERZORGING

Correspondent : Evelien Claes
Attaché

Tel : 02/739.73.70

E-mail : evelien.claes@riziv.fgov.be

Onze referte: 1830/EC/2017/7.76.201.90

Brussel, 28/09/2017

Betreft: Overeenkomst voor uw centrum voor transgenderzorg – medisch verslag

Geachte heer Van Haute,

Op 1 oktober 2017 treedt uw overeenkomst voor transgenderzorg in werking.

Als bijlage bij deze brief vindt u het medisch verslag dat bij de aanvraag om tegemoetkoming in de kosten voor revalidatieverstrekingen moet gevoegd worden.

In deze brief staan ook de nodige instructies om dit medisch verslag correct in te vullen en de aanvragen op een efficiënte manier in te dienen. Daarnaast bevat deze brief nog enkele verduidelijkingen over de tekst van de overeenkomst die in onze vorige brief niet vermeld werden.

Op basis van het medisch verslag kan zowel een akkoord voor tenlasteneming gevraagd worden voor de zittingen en gesprekken, als voor het geneesmiddelenforfait.

- Voor de *zittingen en gesprekken* dient de arts de gevraagde periode van tenlasteneming zelf in te vullen. Deze periode kan maximum 36 maanden beslaan en vangt aan op de datum van het eerste gesprek. Deze periode kan steeds verlengd of vernieuwd worden, zolang het maximum aantal zittingen niet bereikt is voor de desbetreffende rechthebbende.
De adviserend arts moet de aanvraag voor tenlasteneming ontvangen binnen de 30 dagen nadat de eerste zitting bij de rechthebbende gerealiseerd werd.
- Voor het *geneesmiddelenforfait* dient de arts de startdatum van de behandeling met gonadoreline-analogen in te vullen. Dit is tevens de startdatum van de periode van tenlasteneming. Aangezien dat gonadoreline-analogen vanaf de leeftijd van 16 jaar verkregen kunnen worden via de geneesmiddelenreglementering (Hoofdstuk IV) en het geneesmiddelenforfait van de overeenkomst een periode van drie maanden dekt, loopt de periode van tenlasteneming door tot de rechthebbende de leeftijd van 16 jaar en 3 maanden bereikt heeft. Daardoor kan nog een laatste geneesmiddelenforfait worden aangerekend voor een periode van drie maanden die begint te lopen vóór de 16de verjaardag en die eindigt na de zestiende verjaardag. Het geneesmiddelenforfait kan echter niet meer worden aangerekend voor een periode van 3 maanden die pas begint te lopen vanaf de 16de verjaardag. Dit betekent dat het **geneesmiddelenforfait slechts 1 keer dient aangevraagd** te worden. Aangezien het geneesmiddelenforfait pas kan aangevraagd worden als de rechthebbende effectief met gonadoreline-analogen wordt behandeld en als voor de

rechthebbende minstens één zitting verricht werd, dient de arts de datum van de meest recente zitting te vermelden op het medisch verslag.

De adviserend arts moet de aanvraag voor tenlasteneming ontvangen binnen de 30 dagen na de eerste behandelingsperiode van 3 maanden met gonadoreline-analogen.

Voorts wensen wij te verduidelijken dat het geneesmiddelenforfait slechts eenmaal kan aangerekend worden per periode van 3 maanden (steeds van dag x tot dag x-1 drie maanden later) en niet per kalenderkwartaal zoals artikel 22 van de overeenkomst bepaalt.

In verband met de pre- en postoperatieve gesprekken die uw centrum zou realiseren bij rechthebbenden die een ander geconventioneerd centrum naar uw centrum zou doorsturen (mogelijkheid bepaald door artikel 6, § 4), wensen wij te preciseren dat uw centrum voor deze rechthebbende 2 gesprekken en niet slechts 1 gesprek kan aanrekenen zoals verkeerdelijk kan geïnterpreteerd worden uit de tekst van artikel 6, § 4. Dit is echter slechts van toepassing mits aan de voorwaarden is voldaan (rechthebbende heeft een nog geldig akkoord voor tenlasteneming in het kader van het doorverwijzend erkend centrum).

Tot slot wensen wij u nog te wijzen op de overgangsbepalingen die voorzien zijn in de overeenkomst (artikel 35) en die toelaten dat uw centrum zijn organisatie en wijze van functioneren aan de bepalingen van de overeenkomst aanpast. Daarom wordt tot 30 september 2018 de 'arbeidstijd zonder patiënt' van de masters en de bachelors van 40 % naar 50 % van hun totale arbeidsduur gebracht.

Hieronder vindt u een tabel met de correcte prijzen tijdens de overgangsperiode en nadien aangezien de prijzen die in de overeenkomst vermeld staan niet meer correct zijn ten gevolge van een indexatie op 1 juni 2017.

	pseudocodenummer	Prijs in EUR van 01/10/2017 – 30/09/2018	Prijs in EUR vanaf 01/10/2018 (onder voorbehoud dat er tegen dan geen nieuwe indexatie plaatsvindt)
1. Zitting (art. 6, §§ 2 en 3)	787916-787920	112,47	96,82
2. Gesprek (art. 6, §§ 2 en 4)	787931-787942	112,47	96,82
3. Geneesmiddelenforfait (art. 6, § 5)	787953-787964	273,79	273,79

Rekening gehouden met de startdatum van de overeenkomst en met de bepalingen van de artikelen 20 en 35, kan uw centrum:

- in de resterende maanden van het jaar 2017, 1.869,5 verstrekkingen verrichten en aanrekenen (ongeacht de facturatedatum), waarbij het geneesmiddelenforfait een waarde heeft van 2,5 verstrekkingen;
- voor de periode van 1 januari 2018 tot en met 30 september 2018, 5.608,5 verstrekkingen verrichten en aanrekenen (ongeacht de facturatedatum), waarbij het geneesmiddelenforfait een waarde heeft van 2,5 verstrekkingen;
- voor de periode van 1 oktober 2018 tot en met 31 december 2018, 2.171,5 verstrekkingen verrichten en aanrekenen (ongeacht de facturatedatum), waarbij het geneesmiddelenforfait een waarde heeft van 3 verstrekkingen;
- vanaf het jaar 2019, 8.686 verstrekkingen verrichten en aanrekenen (ongeacht de facturatedatum), waarbij het geneesmiddelenforfait een waarde heeft van 3 verstrekkingen.

Mijn Dienst staat tot uw beschikking indien u nog vragen zou hebben.

Hoogachtend,

G. Verscuren
Adviseur

RIZIV

Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering

Exp./Afz. : RIZIV (DGV), Tervurenlaan 211, 1150 Brussel

U.Z. Gent

O. Van Haute, Dr. G. 'Tsjoen

De Pintelaan 185

9000 GENT

DIENT GENEESKUNDIGE VERZORGING

Correspondent : Evelien Claes
Attaché

Tel : 02/739.73.70

E-mail : evelien.claes@riziv.fgov.be

Onze referte: 1830/EC/2017/7.76.201.90

Brussel, 18 december 2017

Betreft: Overeenkomst voor uw centrum voor transgenderzorg – nieuwe overeenkomst en aangepast medisch verslag

Geachte heer Van Haute,
Geachte Dr. T'Sjoen,

Op 1 oktober 2017 is uw overeenkomst voor transgenderzorg in werking getreden.

Bij het opmaken van de overeenkomst met het CHU de Liège, welk het Franstalige centrum voor transgenderzorg is, is het nuttig gebleken om verduidelijkingen aan te brengen in de overeenkomst. De verduidelijkingen wijzen erop dat de overeenkomst niet bedoeld is om monodisciplinaire psychotherapie of middellange of langdurige psychotherapie aan de patiënt aan te bieden. De patiënt moet op voorhand goed geïnformeerd worden over de verstrekte zorgen die vergoed worden via de overeenkomst, via een andere reglementering of welke ten laste zijn van de patiënt. Daarnaast werden nog enkele kleine aanpassingen aan de tekst gedaan, die u voordien ook al via brief werden verduidelijkt.

Alle aanpassingen kan u terugvinden in:

- artikel 4, § 1, laatste lid: aanvulling;
- artikel 6, § 4, laatste lid: aanpassing;
- artikel 6, §§ 7 en 8 die zijn toegevoegd;
- artikel 17, §§ 1 en 2: indexering van de prijzen;
- artikel 22: aanpassing;
- artikel 35: actualisering van de prijzen en data
- artikel 36: aanpassing.

Als bijlage bij deze brief vindt u twee exemplaren van deze nieuwe overeenkomst. Zij vervangt de vorige overeenkomst vanaf 1 oktober 2017. De lopende aanvragen voor tenlasteneming blijven dus gewoon doorlopen. Wij verzoeken u ons beide exemplaren ondertekend door de hiervoor bevoegde personen, terug te bezorgen. Eén exemplaar, getekend door beide partijen, zal u nadien overgemaakt worden.

Op vraag van Dr. T'Sjoen werd ook het medisch verslag aangepast waardoor de aanvaarde periode van tegemoetkoming voor het geneesmiddelenforfait loopt tot de dag voor de 19^{de} verjaardag van de patiënt. Binnen die aanvaarde periode kan het geneesmiddelenforfait worden aangerekend voor iedere periode van 3 maanden dat de rechthebbende effectief met gonadoreline-analogen wordt behandeld. De laatste aangerekende periode van 3 maanden moet uiterlijk eindigen op de dag voor de 19^{de} verjaardag van de patiënt. Deze laatste aangerekende periode moet dus ten laatste 3 maanden voor de 19^{de} verjaardag van de patiënt aanvangen. Als de patiënt bijvoorbeeld 19 jaar wordt op 1 december, moet de

laatste periode van 3 maanden waarin het geneesmiddelenforfait kan aangerekend worden, ten laatste op 31 augustus aanvangen. Het geneesmiddelenforfait kan dan nog aangerekend worden voor de periode van 31 augustus tot en met 30 november. Onvolledige periodes (periodes die op de dag voor de 19^{de} verjaardag korter zijn dan 3 maanden) alsmede periodes van 3 maanden die lopen tot de 19^{de} verjaardag of later kunnen bijgevolg niet aangerekend worden.

Het aangepaste medisch verslag kan u eveneens in bijlage terugvinden. Het kan reeds gebruikt worden vanaf u het ontvangen heeft en moet in ieder geval gebruikt worden voor aanvragen die door de adviserend arts ontvangen worden vanaf 1 januari 2017.

Mijn Dienst staat tot uw beschikking indien u nog vragen zou hebben.

Hoogachtend,

G. Verscuren
Adviseur

CHU de Liège – Sart Tilman
Service de Psychiatrie
Prof. Gabrielle Scantamburlo
Avenue de l'hôpital 1
4000 LIÈGE

I N A M I

Institut National d'Assurance Maladie • Invalidité

Correspondant : Olivier Fourez

Tél.: 02/739.73.92

E-mail : olivier.fourez@inami.fgov.be

Nos références : 1831/OF/2017/7.76.202.89

Bruxelles, le 20/12/2017

**Objet : Convention avec le centre d'accompagnement de la transidentité –
votre exemplaire signé de la convention – instructions pour la bonne
application de cette convention**

Professeur,

Vous trouverez ci-joint (annexe 1) votre exemplaire de la convention précitée, signé au nom du Comité de l'assurance soins de santé. Cette convention est en vigueur du 01.11.2017 au 30.09.2020.

- **Numéro d'identification**

Le numéro d'identification de cette convention est le **7.76.202.89**. Veuillez mentionner ce numéro sur toutes les lettres et tous les documents adressés aux organismes assureurs et à l'INAMI.

- **Nombre minimal de bénéficiaires**

Pour maintenir la convention, votre centre doit réaliser chaque année civile au moins une séance remboursable en faveur d'un minimum de 100 bénéficiaires différents. Si, au cours de 2 années civiles successives, ce nombre minimum de bénéficiaires différents n'est pas atteint, le Comité de l'assurance peut décider de dénoncer la convention le 1^{er} juillet de l'année qui suit cette période. Votre centre aurait alors l'occasion de communiquer les raisons de l'insuffisance du nombre de ses bénéficiaires (cf. article 15).

- **Prestations**

La convention prévoit 3 prestations : la séance, l'entretien et le forfait médicaments (cf. article 6, § 1^{er}). Des patients ambulatoires et des patients hospitalisés peuvent bénéfi-

...

cier de prestations dans le cadre de la convention. Deux pseudo-codes sont donc reliés à chaque prestation. Ces pseudo-codes et leurs prix respectifs sont mentionnés à l'article 17, § 1^{er} de la convention.

- **Demandes**

Toutes les demandes individuelles de fixation d'une période d'intervention de l'assurance, dans les prestations réalisées en application de la convention, doivent être introduites au moyen du formulaire standard de demande d'intervention dans le coût des prestations de rééducation fonctionnelle. Ce formulaire est également utilisé dans le cadre d'autres conventions que votre hôpital a conclu. Vous en trouverez un exemplaire à l'annexe 2, pour information. Ce formulaire doit toujours être signé par le bénéficiaire, tant pour les 1^{ère} demandes que pour les demandes de prolongation. Le rapport médical mentionné à l'article 18, § 1^{er} doit y être joint. Vous trouverez le modèle de ce rapport à l'annexe 3.

Conformément aux dispositions de l'article 138, 2°, b) de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, le médecin-conseil de l'organisme assureur du patient est compétent pour donner un accord individuel pour chaque patient, en vue du remboursement des prestations dispensées dans le cadre de la convention. La durée maximale de chaque période est de 36 mois, à compter de la date de début. La règle concernant les demandes tardives (voir également l'article 18, § 1^{er} de la convention) prévue à l'article 142, § 2, de l'arrêté royal susvisé est d'application : le médecin-conseil doit donc toujours avoir reçu les demandes individuelles de remboursement des prestations dans les 30 jours suivant le début de la période à prendre en charge.

Toutefois, à titre d'exception justifiée par le fait que votre centre ne disposait pas encore de tous les éléments pour introduire les demandes, nous avons invité les O.A. à porter au 31.01.2018 le délai de réception de la demande par le médecin conseil, pour tout bénéficiaire dont la période d'intervention débute avant le 01.01.2018. Pour tous les bénéficiaires admis à partir de cette date, les O.A. devront appliquer strictement le délai de 30 jours.

Vous ne pouvez procéder à la facturation des prestations qu'après que le médecin-conseil a donné un accord individuel en faveur de l'intéressé. La décision est notifiée par le médecin-conseil de la mutualité concernée.

- **Nombre maximum de prestations remboursables**

Dans le courant d'une même année civile, votre centre peut réaliser des prestations facturables pour un maximum de 3.723 unités de facturation. Dans le calcul de ce maximum, chaque séance et chaque entretien valent 1 unité de facturation, chaque forfait médicament vaut 3 unités de facturation. L'entretien est décompté de la capacité de l'établissement qui le réalise et le facture (article 20).

Compte tenu de la date d'entrée en vigueur de la convention et des dispositions des articles 20 et 35, votre centre peut réaliser les nombres suivants de prestations facturables (quelle que soit la date de facturation de ces prestations) :

- du 01.11.2017 au 31.12.2017 : 534 prestations facturables, le forfait médicaments valant 2,5 prestations ;

...

- du 01.01.2018 au 30.09.2018 : 2.404 prestations facturables, le forfait médicaments valant 2,5 prestations ;
- du 01.10.2018 au 31.12.2018 : 931 prestations facturables, le forfait médicaments valant 3 prestations ;
- à partir du 01.01.2019 : 3.723 prestations facturables par année civile, le forfait médicaments valant 3 prestations.

Avant l'année civile au cours de laquelle il atteint l'âge de 16 ans, le bénéficiaire peut obtenir le remboursement d'un maximum de 15 séances. A partir de l'année civile au cours de laquelle il atteint l'âge de 16 ans, le bénéficiaire peut encore obtenir le remboursement d'un maximum de 10 séances et 2 entretiens.

Un maximum de 2 séances remboursables peut être réalisé par bénéficiaire le même jour. Seul un forfait médicaments peut être porté en compte par bénéficiaire par trimestre (cf. articles 21 et 22).

- **Chiffres de production**

L'article 32 de la convention de rééducation fonctionnelle prévoit que votre établissement doit transmettre chaque trimestre au Service des soins de santé les chiffres de production via une application informatique. Veuillez transmettre par courriel à M. Patrice Osomba Lushima Odimba (patrice.osombalushimaodimba@inami.fgov.be) les coordonnées (nom, prénom, numéro de téléphone direct et adresse e-mail) des personnes de contact qui seront responsables pour ces chiffres de production. L'application informatique et le manuel seront transmis à ces personnes par voie électronique.

Mon Service reste à votre entière disposition pour toute information complémentaire.

Veuillez croire, Professeur, en l'expression de ma considération distinguée.

G. Verscuren
Conseiller