

R.I.Z.I.V.

Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering

Geneeskundige Verzorging

Omzendbrief VI nr 2009/311 van 28 juli 2009 3030/3 330/71 39/507

Van toepassing vanaf 1 juli 2009

De nieuwe vergoedingsregels voor het cervicovaginale uitstrijkje Koninklijke besluiten van 04/05/2009 (B.S. van 19/05/2009 en van 29/05/2009).

De koninklijke besluiten van 4 mei 2009 betreffende het cervicovaginale uitstrijkje (verstrekkingen van artikel 3) en het cytopathologisch onderzoek dat is uitgevoerd op een cervicovaginale afname (verstrekkingen van artikel 32 en 24) zijn op 1 juli 2009 in werking getreden.

Een koninklijk besluit met terugwerking tot 1 juli 2009 zal een aantal incoherenties corrigeren die nog bestaan bij vergelijking van de teksten van de verschillende artikelen, meer bepaald wat betreft de termen “per jaar” en “per kalenderjaar”. De bekendmaking van dat besluit wordt echter pas binnen enkele maanden verwacht.

De teksten moeten als volgt worden begrepen:

1° Met betrekking tot de verstrekkingen die in het kader van een **screening** (114030-114041, 149612-149623) zijn uitgevoerd, verduidelijkt de toepassingsregel dat die verstrekkingen slechts eenmaal per periode van twee jaar aan de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging mogen worden aangerekend. Voor het codenummer 588350-588361 verduidelijkt de toepassingsregel dat het om 2 kalenderjaren gaat. Aangezien de verstrekking 588873-588884 aan de verstrekking 588350-588361 is gekoppeld, moet die verstrekking dus dezelfde toepassingsregel volgen.

Aangezien de verstrekking 588932-588943 enkel op dezelfde afname als die van de verstrekking 588350-588361 of 588873-588884 mag worden uitgevoerd, moet voor die verstrekking dus eveneens dezelfde toepassingsregel worden gevolgd: het codenummer 588932-588943 mag maximaal eenmaal per periode van twee kalenderjaren aan de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging worden aangerekend.

Gelet op het verband tussen de afname (artikel 3) en het cytopathologisch onderzoek (artikel 32 en 24), gaan we voor de codenummers 114030-114041, 149612-149623, 588350-588361, 588873-588884 et 588932-588943 bijgevolg ervan uit dat de vermelde periode dus als “kalenderjaar” moet worden begrepen, dit is een periode die zich uitstrekt vanaf 1 januari van een bepaald jaar tot 31 december van datzelfde jaar; voor 2 kalenderjaren is dit vanaf 1 januari van het jaar A tot 31 december van het jaar A+1.

De referentieperiode die voor de toepassing van die nieuwe bepalingen in aanmerking moet worden genomen, is dus het jaar van het laatste uitstrijkje, van het laatste cytopathologisch onderzoek dat aan de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging is gefactureerd, zoals in de onderstaande tabel wordt voorgesteld.

Facturatiejaar van de laatste uitgevoerde verstrekkingen (114030-114041, 149612-149623, 588350-588361, 588873-588884*, 588932-588943*)	Facturatiejaar dat voor de volgende verstrekkingen moet worden aanvaard (114030-114041, 149612-149623, 588350-588361, 588873-588884*, 588932-588943*)
2007	2009
2008	2010
2009	2011
2010	2012
2011	2013
Enz. voor de volgende jaren	Enz.

* codenummers die op 1.7.2009 in werking zijn getreden

2° Met betrekking tot de verstrekkingen die in het kader van een **diagnostische of therapeutische follow-up** zijn uitgevoerd (114170-114181, 149634-149645, 588895-588906, 588954-588965), verduidelijkt de toepassingsregel dat de verstrekkingen 114170-114181 en 149634-149645 (afname artikel 3) maximaal tweemaal per kalenderjaar aan de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging mogen worden aangerekend, totdat de onderzoeken een negatief resultaat opleveren. De toepassingsregel van de verstrekkingen 588895-588906 en 588954-588965 (aangezien die laatste verstrekking aan de verstrekking 588895-588906 is gekoppeld) bepaalt dat die verstrekkingen tweemaal per "jaar" aan de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging mogen worden aangerekend, totdat de onderzoeken een negatief resultaat opleveren. Zowel voor de verstrekkingen voor de afname (artikel 3), als voor de verstrekkingen voor het cytopathologisch onderzoek (artikel 32, artikel 24), moet de referentieperiode worden gelezen als "per kalenderjaar". De referentiedatum voor die verstrekkingen is de datum van de eerste facturatie van die verstrekkingen.

3° Aangezien de differentiatie tussen de onderzoeken die in het kader van een screening zijn uitgevoerd en de onderzoeken die in het kader van een diagnostische en therapeutische follow-up zijn uitgevoerd, nieuw is, en de koninklijke besluiten geen terugwerkende kracht hebben, is het niet nodig om de vergoedingen te recupereren voor uitstrijkjes die vaker zijn uitgevoerd dan hetgeen in die koninklijke besluiten is bepaald, voor periodes die voorafgaan aan de inwerkingtreding van die koninklijke besluiten.

Het spreekt natuurlijk voor zich dat de zorgverleners vanaf 1 juli 2009 de codenummers moeten gebruiken die overeenstemmen met de concrete klinische situatie (screening resp. diagnostische of therapeutische follow-up).

Voor een screening moet men rekening houden met punt 1°.

Voor een diagnostische of therapeutische follow-up stemt de referentiedatum overeen met de datum van de eerste facturatie van de verstrekkingen 114170-114181, 149634-149645, 588895-588906, 588954-588965.

We geven het concreet voorbeeld van een patiënte die op 30 juni 2009 een cervicovaginaal uitstrijkje met cytopathologische analyse laat uitvoeren. Die onderzoeken zullen volgens de reglementering die tot 30.6.2009 van kracht is, worden terugbetaald. Als die onderzoeken een

normaal resultaat opleveren, heeft de patiënte voor de volgende verstrekkingen die in het kader van een screening(114030-114041, 149612-149623, 588350-588361,588873-588884, 588932-588943) worden uitgevoerd, slechts vanaf 1 januari 2011 recht op een vergoeding .

Indien de onderzoeken een abnormaal resultaat opleveren, heeft de patiënte recht op de vergoeding van de verstrekkingen die in het kader van een diagnostische of therapeutische follow-up zijn uitgevoerd (114170-114181, 149634-149645, 588895-588906, 588954-588965) en wel naar rato van 2 keer per kalenderjaar, voor zover de andere toepassingsregels zijn nageleefd. In ons voorbeeld zou de patiënte recht kunnen hebben op een of twee verstrekkingen 114170-114181, 149634-149645, 588895-588906, 588954-588965 in 2009, in 2010 en in 2011, of totdat de onderzoeken een negatief resultaat opleveren.

De leidend ambtenaar,

H. De Ridder
directeur-generaal.

Bijlagen : nihil