

Nieuwsbrief mobiliteitshulpmiddelen 2021 nr. 6

In deze nieuwsbrief:

- Afspraken bij hernieuwingen
- Voortijdige hernieuwingen
- Nieuwe aanvraag (na weigering) met bijkomende informatie
- Manuele aanpassingen op medische voorschriften en rolstoeladviesrapporten

1. Afspraken bij hernieuwingen

Bij een hernieuwing van dezelfde hoofd- en subgroep wordt de basisprocedure gevolgd. Dit houdt in dat enkel een aanvraagdocument en een medisch voorschrift verplicht is.

We zien dat regelmatig hernieuwingen worden gevraagd met nieuwe, veelal dure, aanpassingen. Of er worden hernieuwingen gevraagd, maar de situatie van de persoon is in tussentijd gewijzigd en de persoon voldoet mogelijks niet meer aan de voorwaarden.

Om ervoor te zorgen dat de zorgkassencommissie voldoende informatie heeft om deze aanvragen correct te kunnen beoordelen, werden – in overleg met BBOT – onderstaande richtlijnen opgemaakt:

1. Bij hernieuwing zelfde ‘hoofd- en subgroep’ en er is een **sterk afwijkende ICF typering** (ten opzichte van de prestatielijst/regelgeving VSB) of er is een **wijziging** in doelgebruik, woonomgeving,... wordt aangeraden om hier extra te motiveren. De ZKC kan oordelen om bijkomende informatie op te vragen bij de arts, verstrekker of gebruiker en/of een huisbezoek af te leggen.
2. Bij hernieuwing ‘zelfde hoofd- en subgroep’, waarbij enkel eerder toegestane aanpassingen worden hernieuwd, moeten deze aanpassingen **niet** gemotiveerd worden.
3. Bij hernieuwing ‘zelfde hoofd- en subgroep’, maar met *nieuwe* aanpassingen, dan wordt gevraagd aan de verstrekker om deze nieuwe aanpassingen **bijkomend te motiveren**. Dit mag in een motiveringsrapport (voorkeur) zijn, maar dit mag ook een extra pagina zijn die bv. bij het aanvraagdocument wordt toegevoegd en waarbij de verstrekker bijkomende info geeft waarom de nieuwe aanpassingen noodzakelijk zijn.
 - a. Opgelet: de noodzaak van de gevraagde aanpassingen moet grondig gemotiveerd worden en de aanvraag zal door ZKC beoordeeld worden op basis van de indicaties zoals gedefinieerd in de VSB prestatielijst. Met andere woorden: het medisch voorschrift en/of het motiveringsrapport van de verstrekker moeten voldoende informatie bevatten (ICF typering, motivatie,...) om de gevraagde aanpassingen - medisch en

technisch - te onderbouwen. Een bijkomende motivering van de verstrekker is dus **noodzakelijk**.

- b. Deze motivering zal worden aangeleverd door de **verstrekker**. Aangezien bij een basisprocedure enkel een medisch voorschrift nodig is, is er geen RAR. En het medisch voorschrift voorziet geen ruimte voor het motiveren van aanpassingen.

2. Voortijdige hernieuwing

Momenteel zijn er 2 redenen om een voortijdige hernieuwing te kunnen aanvragen:

- Pathologische wijziging
- Gebruiksomstandigheden

Indien u een voortijdige hernieuwing omwille van gebruiksomstandigheden aanvraagt, dient u dus ook “gebruiksomstandigheden” aan te vinken en niet “pathologische wijziging”.

Vanaf 16/11/2021 zal elke software over deze 2 velden beschikken.

AVSB vraagt om het juiste veld aan te vinken, omdat dit belangrijk is voor de inhoudelijke beoordeling en voor de rapportering.

Vanaf 1/1/2022 zal de zorgkas foutief aangevinkte dossier administratief weigeren.

3. Nieuwe aanvraag (na weigering) met bijkomende informatie

Indien de verstrekker een weigering ontvangt en nadien een nieuwe aanvraag indient met bijkomende informatie/motivatie, wordt gevraagd om duidelijk te maken wat de nieuwe informatie is. Op dit moment is het voor ZKC en BTC vaak een zoektocht om na te gaan wat er extra is toegevoegd na de vorige weigering.

Er kan bijvoorbeeld gewerkt worden met een extra pagina die achteraan wordt opgeladen, of men kan het nieuwe stuk duidelijk markeren.

4. Manuele aanpassingen op medische voorschriften en rolstoeladviesrapporten

VSB wenst volgende afspraak nog eens te herhalen (zie ook nieuwsbrief 2019 nr.8):

“VSB ontvangt signalen dat er soms manueel aanpassingen aangebracht worden op medische voorschriften en/of rolstoeladviesrapporten. In dergelijke gevallen kan fraude niet uitgesloten worden. Daarom heeft AVSB de zorgkassen volgende richtlijn meegegeven:

Bij elke manuele aanpassing op een medisch voorschrift en/of rolstoeladviesrapport dient de arts zijn stempel en paraaf te plaatsen. Als de stempel en/of paraaf ontbreekt, zal de zorgkas de aanvraag weigeren.”