

Infobox RIZIV

Wegwijzer voor de verpleegkundige in de thuiszorg

MAART 2016



Beste lezer,

Deze Infobox is bedoeld om je te ondersteunen in je professionele loopbaan. We hebben hier alle informatie verzameld die voor jou in dat opzicht belangrijk kan zijn, en die op bevattelijke wijze voorgesteld.

De brochure geeft uitleg over de wetgeving betreffende geneeskundige verzorging en uitkeringen (de GVV-wet), maar wordt aangevuld met nuttige informatie over andere wetgevingen. Een goede kennis hiervan stelt je in staat ze correct toe te passen.

De vier onderdelen behandelen de volgende thema's:

- 1^e Deel "Wettelijk kader van je beroep" behandelt de meer administratieve aspecten van het beroep (opleiding, erkenning, responsabilisering, overeenkomst)
- 2^e Deel "Het aanrekenen van verpleegkundige verstrekkingen" legt uit hoe je verstrekkingen moet aanrekenen
- 3^e Deel "De verpleegkundige en zijn/haar patiënt" licht de ziekteverzekering toe vanuit het standpunt van de patiënt (verzekeraarbaarheid, prijsvorming, maximumfactuur, patiëntendossier)
- 4^e Deel "Communicatie" geeft je praktische inlichtingen over het uitwisselen van informatie tussen u en andere partners in de sector van de geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Het is een bron van informatie. Om je te helpen bij je opzoekingen, hebben we voor drie hulpmiddelen gezorgd die je kunnen helpen om snel een antwoord te vinden op je vragen:

- de inhoudstafel, vaak in de vorm van vragen
- de index
- de linken naar de pagina's van de website van het RIZV of andere websites.

Deze brochure stoelt op, en geeft duiding bij, officiële teksten, maar vervangt die niet. Bij twijfel of betwisting zijn alleen die van toepassing. De vermelde data zijn altijd de data van afkondiging in het Staatsblad. Citaten uit wetteksten *in cursief en in het blauw* gezet.

Aangezien de regelgeving steeds evolueert, vind je op de website naast de Infobox een bundel met "recente wijzigingen", zodat je over geactualiseerde informatie kan beschikken.



Een elektronische versie van de Infobox (en de eventuele "recente wijzigingen") staat op de website www.riziv.be, Publicaties > Overzicht van onze publicaties > Domein geneeskundige verzorging > Thuisverpleegkundige.

De wetgevingen waarnaar we verwijzen zijn te raadplegen op de websites van:

- het RIZIV www.riziv.be > Webtoepassingen > DOCLEG Databank reglementering
- de FOD-Justitie : www.just.fgov.be > Belgische wetgeving.

Je opmerkingen of vragen: infoteam.dgec.secm@riziv.fgov.be.

De informatie in deze Infobox is die tot en met 31 maart 2016.

We wensen je alvast veel gebruiksgenot.

Dr. Bernard HEPP

Geneesheer-directeur-generaal

Leidend ambtenaar Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC).

Inhoud

1^e Deel - Wettelijk kader van je beroep 7

I.	Erkenning.....	8
II.	De Provinciale Geneeskundige Commissie (PGC)	8
	1. Competentie	8
	2. Samenstelling	9
	3. Voornaamste taken	9
III.	Een RIZIV-nummer bekomen	10
	1. Het nummer aanvragen	10
	2. Het RIZIV-nummer	10
	3. De erkenning van een bijzondere beroepstitel of beroepsbekwaamheid	12
	4. Referentieverpleegkundigen	12
	5. Registratie bij de Kruispuntbank van ondernemingen	12
	6. Aansluiting bij een sociale verzekeringskas voor zelfstandigen	13
IV.	Verpleegkundige handelingen	14
	1. Welke handelingen mag je uitvoeren?	14
	2. Welke zijn de technisch-verpleegkundige verstrekkingen?	15
	3. Welke zijn de geneeskundige handelingen die een arts je kan toevertrouwen?	20
V.	Je maatschappelijke, financiële en juridische verantwoordelijkheid	21
	1. Zijn er beperkingen aan de therapeutische vrijheid van artsen en tandartsen?	21
	2. Wat is je verantwoordelijkheid als zorgverlener t.o.v. de verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen?	21
	3. Gevolgen wanneer verstrekkingen ten onrechte door de ziekteverzekering werden vergoed?	22
	4. Op welke manier kan je aansprakelijk gesteld worden voor mijn verpleegkundig handelen?	22
	5. Moet je je burgerlijke en professionele aansprakelijkheid laten verzekeren?	23
	6. Kan je weigeren een behandeling voort te zetten?	23
	7. Mag je weigeren een behandeling uit te voeren?	23
	8. Mag je reclame maken voor je praktijk?	24
VI.	De Nationale overeenkomst voor verpleegkundigen.....	24
	1. Inhoud van de overeenkomst	24
	2. Procedure	25
	3. De overeenkomst weigeren	25
	4. Toetreden tot een overeenkomst	25
	5. Opzeggen van de overeenkomst.....	25
	6. De patiënten informeren	26
	7. Maatregelen in geval van niet naleving van de overeenkomst	26

VII. Ondersteunende maatregelen	26
1. Tegemoetkoming in een softwarepakket	26
2. Forfaitaire tegemoetkoming voor de specifieke beheerskosten van de diensten thuisverpleging	27
3. Permanente vorming	
4. Premie wanneer je beschikt over de bijzondere bevoegdheid in de diabetologie	27
5. Het functiecomplement	27
VIII. Hoe zijn de medische huizen georganiseerd?	28
IX. De zorgverlener en het RIZIV	29
1. Het RIZIV	29
2. De Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC)	30
3. Wat zijn de bevoegdheden van het inspecterend personeel van de DGEC?	32

2^e Deel - Het aanrekenen van verpleegkundige verstrekkingen 35

I. Getuigschrift voor verstrekte hulp	36
II. Wanneer het GVH gebruiken?	37
1. Ben je verplicht een GVH af te leveren?	38
2. Hoe kan ik mijn GVH bestellen?	38
3. Mag je de GVH van een collega gebruiken?	38
4. Hoe moet je het GVH invullen?	39
5. Wat is het fiscale luik (of ontvangstbewijs)?	40
6. Wanneer moet je het GVH uitreiken of ontvangstbewijs?	40
7. Wat is het fiscale dubbel?	41
8. Wanneer moet je een bewijsstuk aan de patiënt geven?	41
9. Hoe moet je aanrekenen voor andermans rekening?	41
10. Aanrekenen via een facturatedienst	42
11. Derdebetalersregeling	42
12. Attesteren en communiceren via MyCareNet	43
13. Hoe lang moet je de gebruikte getuigschriftenboekjes bewaren?	44
III. Aanrekenen in functie van de nomenclatuur	44
1. Aanrekenen en voorschrijven in functie van je bevoegdheid	44
2. Wat is de nomenclatuur?	44
3. Wanneer is een verstrekking terugbetaalbaar?	45
4. Moet je de honoraria toepassen die in de nomenclatuur zijn opgenomen?	46
5. Mag je verplaatsingsvergoedingen aanrekenen?	46
6. Waar kan je de nomenclatuur raadplegen?	46
7. Wat is de wettelijke basis van de nomenclatuur?	47
8. Wie bepaalt de nomenclatuur?	
IV. De nomenclatuur van de verpleegkundige verzorging	48
1. Indeling van de verpleegkundige verstrekkingen	
2. Toepassingsregels	49
3. Vermelding van pseudocodes	50

V.	Bijkomende bepalingen bij de toepassing van de nomenclatuur	
1.	Is een voorschrift noodzakelijk en aan welke vereisten moet het voldoen?	51
2.	Mag je verstrekkingen aanrekenen verleend in een ziekenhuis?	52
3.	Mag je verstrekkingen aanrekenen verleend in verzorgingsinstellingen?	52
4.	Mag je verstrekkingen aanrekenen verleend in serviceflats?	52
5.	Mag je verstrekkingen aanrekenen verleend tijdens een bezoek of raadpleging of technische verstrekking van een arts ?	53
6.	Mag je aan de ziekteverzekering verstrekkingen aanrekenen die door een andere verzekering zijn gedekt?	53
7.	Mag je verstrekkingen aanrekenen aan de ziekteverzekering die verricht werden in het buitenland?	53
8.	Mag je verstrekkingen aanrekenen die geheel of gedeeltelijk zijn verricht door niet bevoegde personen?	54
9.	Mag je handelingen aanrekenen die werden uitgevoerd door zorgkundigen?	54
VI.	Het verpleegdossier	54
1.	Moet je voor elke patiënt een verpleegdossier opstellen?	54
2.	Welke gegevens moet het verpleegdossier bevatten?	54
3.	Hoe lang moet je het verpleegdossier bewaren?	55
4.	Wie is verantwoordelijk voor het verpleegdossier?	55
VII.	Toelichtingen bij de verpleegkundige verstrekkingen	55
1.	Is het aantal zittingen die per dag aangerekend mogen worden beperkt?	55
2.	Is het aantal verstrekkingen die per zitting aangerekend mogen worden beperkt?	55
3.	Is het aantal verstrekkingen die voor één patiënt per dag aangerekend mogen worden beperkt?	56
4.	Onder welke voorwaarden mag je een basisverstrekking aanrekenen?	57
5.	Onder welke voorwaarden mag je een van de forfaits uit rubriek II (zwaar zorgafhankelijke patiënten) of IV (palliatieve patiënten) aanrekenen?	57
6.	Onder welke bijkomende voorwaarden mag je de specifieke verstrekkingen voor palliatieve patiënten uit rubriek IV en V aanrekenen?	58
7.	Onder welke voorwaarden mag je de specifieke verstrekkingen voor de diabetespatiënt uit rubriek VI aanrekenen?	58
8.	Onder welke voorwaarden mag je de verstrekking "Verpleegkundig advies en overleg in functie van de wekelijkse voorbereiding van de geneesmiddelen per os met akkoord van de behandelend arts" aanrekenen (424896)?	61
9.	Onder welke voorwaarden kan je de wekelijkse voorbereiding van de geneesmiddelen per os aanrekenen (424874)?	62
10.	Onder welke voorwaarden mag je toiletten aanrekenen?	62
11.	Onder welke voorwaarden mag je de verstrekkingen voor specifieke wondzorg aanrekenen?	63
12.	Onder welke voorwaarden mag je de specifieke technische verpleegkundige verstrekkingen aanrekenen?	64
13.	Onder welke voorwaarden mag je de specifieke technische verpleegkundige verstrekkingen 427534, 427556 en 427571 aanrekenen?	65
14.	Onder welke voorwaarden mag je de codes 425375, 425773 en 426171 aanrekenen (parenterale voeding)?	66
15.	Onder welke voorwaarden mag je de specifieke verstrekkingen voor weekend en feestdagen aanrekenen?	66
16.	Onder welke voorwaarden mag je het verpleegkundig consult aanrekenen?	67
17.	Voor welke verstrekkingen bestaat er een kennisgevingsprocedure?	67
18.	Hoe moet je de evaluatieschaal (Katzschaal) invullen?	68
19.	Kan de adviserend geneesheer de evaluatieschaal die je hebt opgesteld wijzigen?	68
20.	Wie moet aanrekenen wanneer in het kader van een forfait meerdere zorgverleners tussenkomen om dezelfde patiënt op dezelfde dag te verzorgen?	69
21.	Je hebt vragen omtrent de juiste interpretatie van de nomenclatuur?	69

3^e Deel - De verpleegkundige en zijn patiënt.....71

I.	De verschillende soorten verzekeringen voor geneeskundige verzorging	72
1.	De verplichte verzekering “geneeskundige verzorging “ voor de personen die aan de Belgische sociale zekerheid zijn onderworpen	72
2.	De aanvullende verzekering.....	72
3.	Andere verzekeringen	73
4.	Private en individuele verzekeringen	73
5.	Vlaamse zorgverzekering	73
6.	Specifieke verzekeringen	73
II.	Verzekerbbaarheid “geneeskundige verzorging” van de patiënt	
1.	Persoon die aan de Belgische sociale zekerheid is onderworpen	74
2.	Een verzekerde die tijdelijk in België verblijft.....	75
3.	Asielzoeker.....	76
III.	De bijdrage van de patiënt voor medische verzorging: het remgeld.....	77
1.	Wat is het remgeld?	77
2.	Is het remgeld altijd gelijk?	77
IV.	De maximumfactuur (MAF).....	80
V.	Verzorging door geïntegreerde diensten voor thuisverzorging.....	81
VI.	De derdebetalersregeling	81
VII.	Zorgtrajecten	82
VIII.	Rechten van de patiënt	82
1.	Definities en toepassingsgebied.....	82
2.	Welke rechten voorziet de wetgever voor de patiënt?	83
3.	Wie vertegenwoordigt de patiënt in geval van minderjarigheid of bij het onvermogen zelf zijn rechten uit te oefenen?	
IX.	De palliatieve thuispatiënt	86
1.	Wat wordt verstaan onder “palliatieve thuispatiënt”?	86
2.	Stappen die je moet zetten om het statuut van « palliatieve thuispatiënt » te laten toekennen?	86
3.	Welke voordelen geniet de palliatieve thuispatiënt?.....	87
4.	Kan je beroep doen op gespecialiseerde diensten?.....	87
X.	Euthanasie	87
XI.	Het Fonds voor de Medische Ongevallen	88

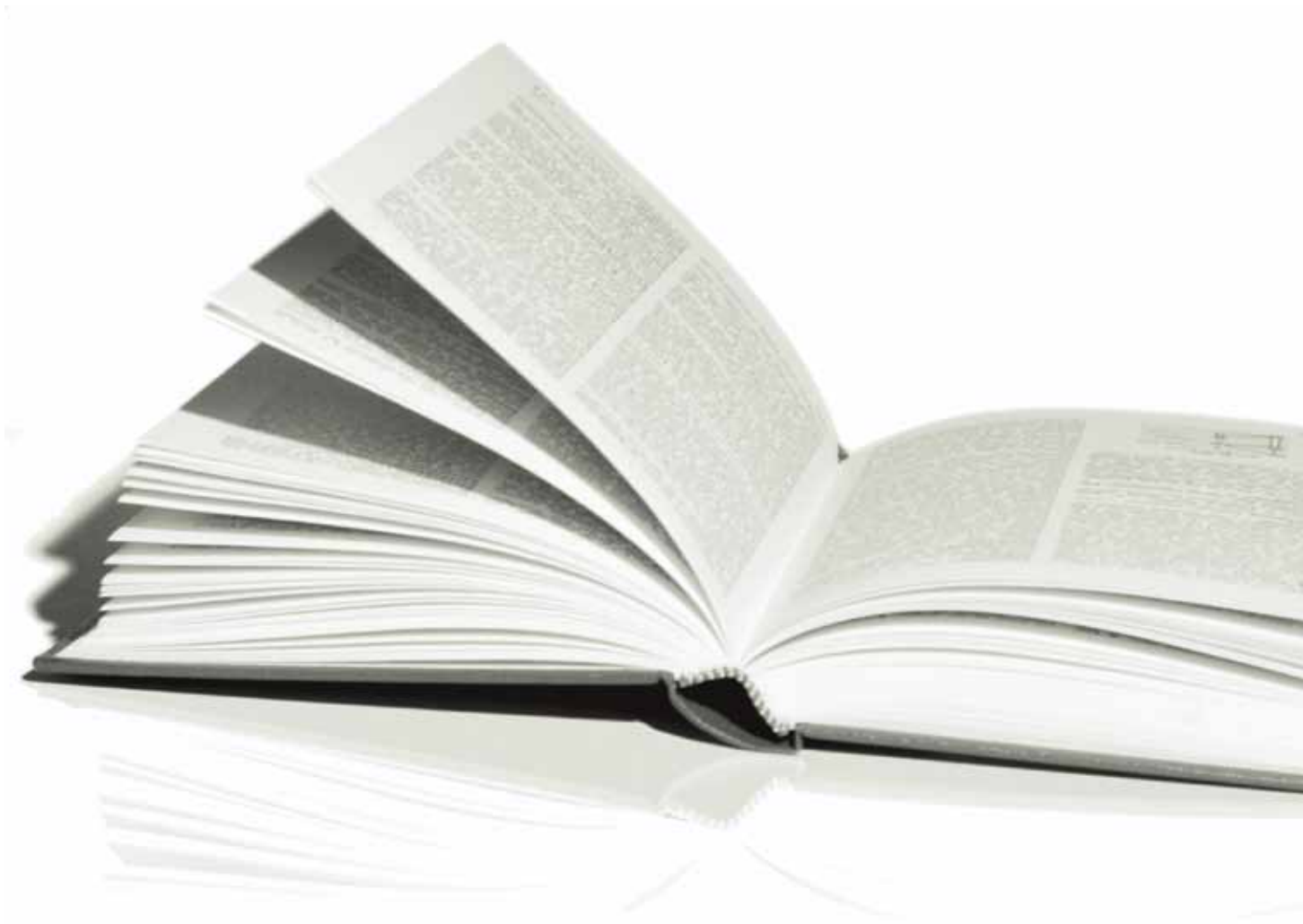
4^e Deel - Communicatie..... 89

I.	Omzendbrieven	90
II.	De website van het RIZIV: www.riziv.be	90
III.	e-HealthBox	90
IV.	Meer informatie?	91
V.	Adreswijziging.....	91
VI.	Adressen van de Provinciale geneeskundige commissies	
1.	Antwerpen.....	92
2.	Limburg.....	92
3.	Nederlandstalige Brabant.....	92
4.	Oost-Vlaanderen.....	92
5.	West-Vlaanderen.....	93
6.	Brabant d'expression française.....	93
7.	Hainaut.....	93
8.	Liège	93
9.	Luxembourg.....	93
10.	Namur	93

Bijlagen..... 95

Letterwoorden	96
Index.....	97

1^e Deel
Wettelijk kader van
je beroep





Dit deel behandelt de administratieve aspecten van je beroep. Welke stappen moet je zetten om te kunnen starten (erkenning, aanvraag van het RIZIV-nummer, bekwaming, enz.)? Het somt de verstrekkingen op die je dan mag uitvoeren, evenals je verantwoordelijkheid op sociaal, financieel en juridisch vlak. Wat zijn de opdrachten van het RIZIV?
Wat omvat de overeenkomst tussen de verzekeringsinstellingen en de verpleegkundigen?

I. Erkenning

Om de verpleegkunde in de thuiszorg te kunnen beoefenen moet je:

- je diploma laten viseren door FOD Volksgezondheid.



Je moet de elektronische procedure volgen die je vindt op de website: www.health.belgium.be > Gezondheidszorg > Gezondheidszorgberoepen > Verpleegkundigen > De procedure.

- de erkenning krijgen van de FOD Volksgezondheid wanneer je een bijzondere beroepstitel wil¹.



Bijkomende informatie en de aanvraagformulieren voor de erkenning: www.health.belgium.be, Gezondheidszorg > Gezondheidszorgberoepen > Verpleegkundigen > Toegang tot en uitoefening van het beroep > Bijzondere beroepstitels.

II. De Provinciale Geneeskundige Commissie (PGC)

Wanneer je over een visum beschikt betekent dit dat je diploma geldig is en dat je gezondheidstoestand op fysisch en psychisch vlak toelaat om de verpleegkunde uit te oefenen².

1. Competentie

De PGC van de provincie waar je het beroep wil uitoefenen bevoegd om te oordelen over de fysische en psychische geschiktheid om de verpleegkunde uit te oefenen. Ze kan het visum intrekken, opschorten of beperkingen opleggen om het te behouden, met name wanneer je gedrag grote gevolgen zou kunnen hebben voor je patiënten of de volksgezondheid.



Het aantekenen van beroep tegen de intrekking van het visum is niet schorsend³. Zolang de beroepsprocedure loopt zal je dus je beroep niet kunnen uitoefenen.

1. Koninklijke besluit (K.B.) van 18-04-2013, art. 15 tot 18.

2. Gecoördineerde wet van 10-05-2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen (hierna wet uitoefening van de gezondheidszorgberoepen genoemd), art. 119.

3. Meer informatie over de procedure: K.B. 07-10-1976 betreffende de organisatie en de werkwijze van de Provinciale geneeskundige commissies.

2. Samenstelling⁴

- een voorzitter, een ondervoorzitter en een secretaris (die laatste is Federaal Gezondheidsinspecteur), alle artsen, die deel uitmaken van het Bureau
- twee effectieve leden en twee plaatsvervangers van één van de volgende groepen zorgverleners: artsen, apothekers, tandartsen, dierenartsen, vroedvrouwen, verpleegkundigen en kinesitherapeuten
- één effectief lid en één plaatsvervanger van één van de volgende groepen zorgverleners: zorgkundige, audioloog en audicien, ergotherapeut, orthoptist, logopedist, techniker in medische beeldvorming en techniker van een medisch laboratorium
- één effectief lid en één plaatsvervanger van de groep zorgverleners met niet conventionele praktijken (acupunctuur, homeopathie, osteopathie en chiropraxie)
- één lid dat ambtenaar is bij het Federaal agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG).

3. Voornaamste taken⁵

- de overheid alle maatregelen voorstellen die bijdragen tot de volksgezondheid (o.a. bij crisissen op het vlak van volksgezondheid)
- ervoor zorgen dat de zorgverleners meewerken aan de uitvoering van de door de overheid opgelegde maatregelen met het oog op het voorkomen of bestrijden van ziekten met verplichte aangifte of van overdraagbare ziekten
- het (al dan niet voorwaardelijk) verlenen of intrekken van het visum
- het opsporen en mededelen aan het parket van de gevallen van onwettige uitoefening van gezondheidszorgberoepen en niet conventionele praktijken
- erover te waken dat de gezondheidszorgberoepen en de niet-conventionele praktijken bedoeld in overeenstemming met de wetten en reglementen worden uitgeoefend
- de belanghebbende personen in te lichten omtrent de genomen beslissingen ten opzichte van gezondheidszorgbeoefenaars en beoefenaars van niet-conventionele praktijken inzake de uitvoering van hun activiteiten
- de organen van de bevoegde Orden in te lichten over de beroepsfouten die aan de beoefenaars worden ten laste gelegd
- toezicht houden op de wachtdienstregeling van de gezondheidsberoepen (artsen, apothekers, tandartsen en vroedvrouwen) en in geval van een tekort eventueel zelf een wachtbeurtregeling opleggen
- toezicht houden op de openbare verkopeningen waarin geneesmiddelen zijn begrepen.

4. Wet uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, art. 118.

5. Wet uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, art. 119.

III. Een RIZIV-nummer bekomen

1. Het nummer aanvragen

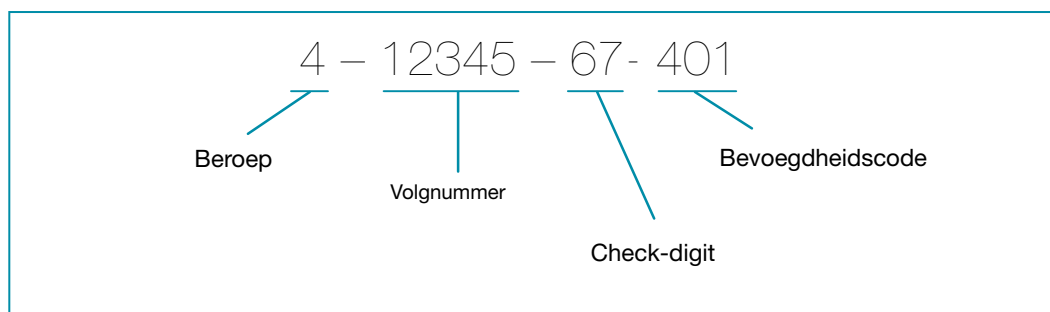
Je vindt de stappen die je moet zetten om je RIZIV-nummer te verkrijgen via onderstaande link.



Meer informatie: www.riziv.be, Professionals > Zorgverleners: Verpleegkundigen > Hoe een RIZIV-nummer krijgen?

2. Het RIZIV-nummer

Het RIZIV geeft je een uniek identificatienummer van 11 cijfers.



Prestaties mogen slechts aangerekend worden vanaf het moment dat je over dit nummer beschikt. Je hebt een RIZIV-nummer nodig indien je prestaties aanrekent via de nomenclatuur.

Dit nummer is niet nodig als je bijvoorbeeld alleen zorgen verleent in een ziekenhuis. Indien je in een rustoord werkt is het om administratieve redenen aan te raden dit erkenningsnummer te bezitten.

Dit nummer moet je op alle officiële stukken vermelden (getuigschriften, briefwisseling, evaluatieschalen..).

De belangrijkste bevoegdheidscodes voor de verpleegkundigen zijn:

Tabel 1: Belangrijkste bevoegdheidscodes voor de verpleegkundigen	
Code	Bevoegdheid
002	Vroedvrouwen, gemachtigd tot het verlenen van verloskundige verstrekkingen
401	Gegradueerde verpleegsters en ermee gelijkgestelde
404	Verzorgsters, die zijn erkend vóór 1 januari 1964 en het behoud van die erkenning gevraagd hebben
405	Medewerksters, die vóór 1 januari 1964 tijdelijk zijn erkend en het behoud van die erkenning gevraagd hebben
407	Verpleegassistenten en ermee gelijkgestelde
408	Verpleegsters met brevet
411	Gegradueerde verpleegkundigen, erkend in het kader van de EEG*
417	Verpleegassistenten, erkend in het kader van de EEG*
418	Verpleegkundigen, erkend in het kader van de EEG*
421	Gegradueerde verpleegkundigen en ermee gelijkgestelde + referentieverpleegkundigen inzake wondzorg
422	Vroedvrouwen + referentieverpleegkundigen inzake wondzorg
428	Gebrevetteerde verpleegkundigen en ermee gelijkgestelde + referentieverpleegkundigen inzake wondzorg
431	Gegradueerde verpleegkundigen, erkend in 't kader van EEG* + referentieverpleegkundigen inzake wondzorg
438	Gebrevetteerde verpleegkundigen, erkend in 't kader van EEG* + referentieverpleegkundigen inzake wondzorg
441	Gegradueerde verpleegkundigen en ermee gelijkgestelde + referentieverpleegkundigen inzake diabetes
442	Vroedvrouwen + referentieverpleegkundigen inzake diabetes
448	Gebrevetteerde verpleegkundigen en ermee gelijkgestelde + referentieverpleegkundigen inzake diabetes
458	Gebrevetteerde verpleegkundigen, erkend in 't kader van EEG* + referentieverpleegkundigen inzake diabetes
461	Gegradueerde verpleegkundigen en ermee gelijkgestelde + referentieverpleegkundigen inzake diabetes en wondzorg
462	Vroedvrouwen + referentieverpleegkundigen inzake diabetes en wondzorg
468	Gebrevetteerde verpleegkundigen en ermee gelijkgestelde + referentieverpleegkundigen inzake diabetes en wondzorg
471	Gegradueerde verpleegkundigen, erkend in 't kader van EEG* + referentieverpleegkundigen inzake diabetes en wondzorg
478	Gebrevetteerde verpleegkundigen, erkend in 't kader van EEG* + referentieverpleegkundigen inzake diabetes en wondzorg
Geen specifiek nummer	Gegradueerde of gebrevetteerde verpleegkundigen met bijzondere expertise inzake palliatieve verzorging
541	Gegradueerde verpleegkundigen + opleiding in diabetologie voor de zorgtrajecten
548	Ziekenhuisverpleegkundigen + opleiding in diabetologie voor de zorgtrajecten
561	Gegradueerde verpleegkundigen + referentieverpleegkundigen inzake wondzorg + referentieverpleegkundigen inzake diabetologie + verpleegkundigen voor opleiding in diabetologie voor de zorgtrajecten
568	Ziekenhuisverpleegkundigen + referentieverpleegkundigen inzake wondzorg + referentieverpleegkundigen inzake diabetologie + verpleegkundigen voor opleiding in diabetologie voor de zorgtrajecten

* Europese Economische Gemeenschap

3. De erkenning van een bijzondere beroepstitel of beroepsbekwaamheid⁶

De bijzondere beroepstitels en beroepsbekwaamheden staan opgesomd in het koninklijk besluit (K.B.) van 27 september 2006.



Meer informatie vind je op www.health.fgov.be > Gezondheidszorg > Gezondheidszorgberoepen > Verpleegkundigen > Toegang tot en uitoefening van het beroep > Toegang tot het beroep > Bijzondere beroepstitels.

4. Referentieverpleegkundigen

Sommige prestaties inzake wondzorg en diabetes zijn alleen toegankelijk voor referentieverpleegkundigen.



Meer informatie: www.riziv.be, Professionals > Zorgverleners: Verpleegkundigen > Referentieverpleegkundigen.

5. Registratie bij de Kruispuntbank van ondernemingen

Wanneer je een praktijk begint als zelfstandige, moet je je inschrijven bij de Kruispuntbank van ondernemingen⁷.

Wanneer je een praktijk begint als:

- natuurlijk persoon, moet je zelf de nodige stappen zetten via een erkend ondernemingsloket⁸
- rechtspersoon (N.V., BVBA, ...), zorgt de notaris voor de inschrijving bij de Kruispuntbank voor ondernemingen, de neerlegging van de oprichtingsakte bij de griffie van de FOD Justitie en het versturen ervan naar het Belgisch Staatsblad.

Iedere zelfstandige verpleegkundige krijgt het statuut van « niet-handelsonderneming naar privaat recht ».

Je inschrijvingsnummer moet op het ontvangstbewijs van het getuigschrift voor verstrekte hulp staan (zie 2^e Deel, II.).



Meer informatie op de site van de FOD Economie: www.economie.fgov.be, Kruispuntbank van ondernemingen > Ondernemingen en Zelfstandigen > Inschrijving in de KBO.

6. K.B. van 18-06-1990.

7. Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, hierna GVV-wet genoemd, art. 73quater 1.

8. K.B. van 22-06-2009 houdende de nadere regels voor het inschrijven van niet-handelsondernemingen naar privaat recht in de Kruispuntbank van Ondernemingen, art. 6.

6. Aansluiting bij een sociale verzekeringskas voor zelfstandigen

Als je zelfstandige wordt, ben je verplicht je aan te sluiten bij een sociaal verzekeringsfonds.

a. Aansluitingstermijn

Je moet uiterlijk op de dag van je start als zelfstandige aangesloten zijn bij een sociaal verzekeringsfonds naar keuze. Wanneer je, uiterlijk op de dag van de start van je zelfstandige activiteit, niet bent aangesloten:

- riskeer je een administratieve boete van 500 tot 2.000 EUR
- krijg je een aanmaning die je 30 dagen de tijd geeft om je alsnog aan te sluiten.

Ben je na deze termijn van 30 dagen nog niet aangesloten bij een sociaal verzekeringsfonds, dan word je automatisch lid van de Nationale Hulpkas.

b. Sociale bijdragen

Om de drie maand moet je aan je sociaal verzekeringsfonds sociale bijdragen betalen.

c. Rechten

Je bijdragen geven je recht op:

- gezinsbijslag
- pensioen
- ziekteverzekering
- voortgezette verzekering
- faillissementsverzekering.



Meer info op de site: www.rsvz-inasti.fgov.be, Zelfstandige.

IV. Verpleegkundige handelingen

1. Welke handelingen mag je uitvoeren?

Onder uitoefening van de verpleegkunde wordt verstaan het vervullen van de volgende activiteiten⁹:

a)

- *het observeren, het herkennen en het vastleggen van de gezondheidsstatus zowel op psychisch, fysisch als sociaal vlak;*
- *het omschrijven van verpleegproblemen*
- *het bijdragen aan de medische diagnose door de arts en aan het uitvoeren van de voorgeschreven behandeling*
- *het informeren en adviseren van de patiënt en zijn familie*
- *het voortdurend bijstaan, uitvoeren en helpen uitvoeren van handelingen, waardoor de verpleegkundige het behoud, de verbetering en het herstel van de gezondheid van gezonde en zieke personen en groepen beoogt*
- *het verlenen van stervensbegeleiding en begeleiding bij de verwerking van het rouwproces*

b) de technisch-verpleegkundige verstrekkingen waarvoor geen medisch voorschrift nodig is, alsook deze waarvoor wel een medisch voorschrift nodig is.

Die verstrekkingen kunnen verband houden met de diagnosestelling door de arts, de uitvoering van een door de arts voorgeschreven behandeling of met het nemen van maatregelen inzake preventieve geneeskunde.

c) de handelingen die door een arts kunnen worden toevertrouwd overeenkomstig de artikelen 5, § 1, tweede en derde lid en 21quinquies §1, c)".

2. Welke zijn de technisch-verpleegkundige verstrekkingen?

In volgende lijst¹⁰ zijn 2 types van verstrekkingen opgesomd:

- die waar geen voorschrift voor nodig is (B1)
- die waar een voorschrift voor vereist is (B2).



De hier vermelde voorwaarde van een voorschrift moet gezien worden vanuit het oogpunt van de bevoegdheid om die handeling te mogen verrichten, en niet vanuit het oogpunt van de vergoedbaarheid van deze handeling volgens de nomenclatuur (zie 2^e Deel, III.).



Een bijgewerkte versie van deze lijst vind je op de website van de FOD Volksgezondheid: www.health.belgium.be, rubriek Gezondheidszorg > Gezondheidszorgberoepen > Verpleegkundigen > Wetgeving > Technische verpleegkundige prestaties.

Lijst van de technische verpleegkundige handelingen:

Tabel 2: Verpleegkundige verstrekkingen	
B1 Prestaties zonder voorschrift	B2 Prestaties met voorschrift
1. Behandelingen	
Ademhalingsstelsel	
• Luchtwegenaspiratie en -drainage • Verpleegkundige verzorging aan en toezicht op patiënten met een kunstmatige luchtweg • Gebruik van en toezicht op toestellen voor gecontroleerde beademing • Cardiopulmonaire reanimatie met behulp van niet-invasieve middelen • Toediening van zuurstof	• Gebruik en toezicht op thoraxdrainage-systeem • Cardiopulmonaire resuscitatie met hulpmiddelen
Bloedsomloopstelsel	
• Plaatsen van een intraveneuze katheter in een perifere vene, bloedafneming en intraveneuze perfusie met een isotonische zoutoplossing, eventueel met gebruik van een debietregelaar • Plaatsen van een intraveneuze perfusie met een isotonische zoutoplossing via een subcutaan poortstelsel dat verbonden is met een ader, bloedafneming en gebruik van een debietregelaar	• Aanbrengen van verbanden en kousen ter preventie en/of behandeling van veneuze aandoeningen • Voorbereiding, toediening van en toezicht op intraveneuze perfusies en transfusies eventueel met technische hulpmiddelen • Gebruik van en toezicht op toestellen voor extracorporele circulatie en contrapulsatie • De afname en behandeling van transfusiebloed en van bloedderivaten • Het verrichten van de aderlating

10. K.B. van 18-06-1990 in toepassing van art. 46 § 3 van de wet uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, bijlage I.

Tabel 2: Verpleegkundige verstrekkingen - vervolg

B1 Prestaties zonder voorschrift	B2 Prestaties met voorschrift
1. Behandelingen	
Spijverteringsstelsel	
Manuele verwijdering van fecalomen	- Vorbereiding, uitvoering en toezicht op: - maagspoeling - darmspoeling - lavement - gastro-intestinale tubage en drainage - Verwijdering, vervanging na fistelvorming (met uitzondering van de eerste vervanging uit te voeren door de arts) en toezicht op de percutane gastrostomiesonde met ballon
Urogenitaal stelsel en verloskunde	
- Vaginale spoeling - Aseptische vulvazorgen	- Vorbereiding van, toediening en toezicht op: - blaassondage - blaasinstillatie - drainage van de urinaire tractus - Verwijdering, vervanging na fistelvorming (met uitzondering van de eerste vervanging uit te voeren door de arts) en toezicht op de supra-pubische blaassonde met ballon
Huid en zintuigen	
- Vorbereiding, uitvoering van en toezicht op: - wondverzorging - de verzorging van stomata, wonden met wieken en drains - verwijderen van losse vreemde voorwerpen uit de ogen	- Vorbereiding, uitvoering van en toezicht op: - verwijderen van cutaan hechtingsmateriaal, - verwijderen van wieken en drains - spoeling van neus, ogen en oren - warmte- en koudetherapie - therapeutische baden - verwijderen van een epidurale katheter - Toepassen van therapeutische lichtbronnen - Het plaatsen van kopglazen, bloedzuigers en larven
Metabolisme	
	- Vorbereiding, uitvoering van en toezicht op technieken van: - hemodialyse - hemoperfusie - plasmaferese - peritoneale dialyse - In evenwicht houden van de vochtbalans

Tabel 2: Verpleegkundige verstrekkingen - vervolg

B1 Prestaties zonder voorschrift	B2 Prestaties met voorschrift
1. Behandelingen	
Medicamenteuze toedieningen	
	◦ Voorbereiding en toediening van medicatie via de volgende toegangswegen: ◦ oraal (inbegrepen inhalatie) ◦ rectaal ◦ vaginaal ◦ subcutaan ◦ intramusculair ◦ intraveneus ◦ via luchtweg ◦ hypodermoclyse ◦ via gastro-intestinale katheter ◦ via drain ◦ oogindruppeling ◦ oorindruppeling ◦ percutane weg ◦ Voorbereiding en toediening van een medicamenteuze onderhoudsdosis via een door de arts geplaatste katheter: epiduraal, intrathecaal, intraventriculair, in de plexus, met als doel een analgesie bij de patiënt te bekomen ◦ Voorbereiding en toediening van de vaccins
Bijzondere technieken	
◦ Verpleegkundige verzorging aan en toezicht op prematuren met gebruik van incubator ◦ Toezicht op de voorbereiding van te steriliseren materialen en op het sterilisatieproces ◦ Manipulatie van radioactieve producten	

Tabel 2: Verpleegkundige verstrekkingen - vervolg

B1 Prestaties zonder voorschrift	B2 Prestaties met voorschrift
2. Voedsel- en vochttoediening	
Enterale vocht- en voedseltoediening	Parenterale voeding
3. Mobiliteit	
De patiënt in een functionele houding brengen met technische hulpmiddelen en het toezicht hierop	
4. Hygiëne	
- Specifieke hygiënische zorgen als voorbereiding op een onderzoek of behandeling - Hygiënische verzorging bij patiënten met ADL(activiteiten dagelijkse leven)-dysfunctie	
5. Fysische beveiliging	
- Vervoer van patiënten die een bestendig toezicht nodig hebben - Maatregelen ter voorkoming van lichamelijke letsels: fixatiemiddelen, isolatie, beveiliging, toezicht - Maatregelen ter preventie van infecties - Maatregelen ter preventie van decubitusletsels	
6. Verpleegkundige activiteiten die verband houden met het stellen van de diagnose en de behandeling	
Meting van de parameters behorende tot de verschillende biologische functiestelsels	- Vorbereiding van en assistentie* bij invasieve ingrepen tot diagnosestelling - Gebruik van apparaten voor observatie en behandeling van de verschillende functiestelsels - Staalafneming en collectie van secreties en excreties - Bloedafneming: - door veneuze en capillaire punctie - langs aanwezige arteriële katheter - Uitvoeren en aflezen van cutane en intradermotesten
7. Assistentie* bij medische handelingen	
- Beheer van de chirurgische en anesthesiologische uitrusting - Vorbereiding van de patiënt op de anesthesie en op de chirurgische ingreep	- Deelneming aan de assistentie en aan het toezicht tijdens de anesthesie - Vorbereiding, assistentie en instrumenteren bij medische en chirurgische ingrepen - Vorbereiding en assistentie bij een bevalling

Tabel 2: Verpleegkundige verstrekkingen - vervolg

B1 Prestaties zonder voorschrift	B2 Prestaties met voorschrift
----------------------------------	-------------------------------

8. Verstrekkingen voorbehouden voor de verpleegkundigen gespecialiseerd in intensieve zorg en spoedgevallen	
--	--

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ◦ Cardiopulmonaire resuscitatie met invasieve middelen ◦ Beoordeling van de parameters behorende tot de cardiovasculaire, respiratoire en neurologische functiestelsels ◦ Gebruik van toestellen voor het bewaken van de cardiovasculaire, respiratoire en neurologische functiestelsels ◦ Onthaal, evaluatie, triage en oriëntatie van de patiënten | |
|---|--|

* Het begrip assistentie gebruikt in bovenstaande lijst houdt dat de arts en de verpleegkundige samen de handelingen uitvoeren bij een patiënt en dat er tussen hen beiden rechtstreeks visueel en en verbaal contact is¹¹.

3. Welke zijn de geneeskundige handelingen die een arts je kan toevertrouwen?

De “lijst C” (zie hieronder) bevat de **medische** handelingen die artsen aan beoefenaars van de verpleegkunde kunnen toevertrouwen¹².

1. Voorbereiding en toediening van chemotherapeutische middelen en isotopen.
2. Voorbereiding en toepassing van therapieën met radioactieve materialen en met stralingsapparatuur.
3. Beoordeling van de parameters behorende tot de verschillende biologische functiestelsels.
4. Bediening van toestellen voor medische beeldvorming.
5. Analysen, die tot de klinische biologie behoren, op lichaamsvocht, excreties, urine en vol bloed door middel van eenvoudige technieken in de nabijheid van de patiënt uitgevoerd, onder de verantwoordelijkheid van een erkend klinisch laboratorium.
6. Vervanging van de externe tracheacanule.
7. Het debrideren van decubituswonden.
8. Voorbereiding, assistentie, instrumenteren en postoperatieve zorg bij keizersnede.
9. Het uitvoeren van alle verpleegkundige handelingen (Lijst B1 en B2) en toevertrouwde medische handelingen tijdens de zwangerschap, de bevalling en het postpartum, voor zover deze betrekking hebben op pathologie of afwijkingen al dan niet veroorzaakt door de zwangerschap en in het kader van de multidisciplinaire samenwerking binnen de voor de betrokken pathologie gespecialiseerde diensten.
10. Bloedafneming door arteriële punctie.
11. Plaatsen van een intra-osseuse katheter (alleen wanneer gespecialiseerd in intensieve zorg en spoedgevallenzorg).

Je mag de technische verpleegkundige verstrekkingen en de handelingen die je door de arts kunnen worden toevertrouwd, slechts stellen wanneer je de bekwaamheid, vorming en/of ervaring bezit om ze correct en veilig te kunnen uitvoeren¹³.

12. K.B. van 18-06-1990, art. 5 in toepassing van de wet uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, art. 23 § 1 2e en 3e lid. en 46 § 3 bijlage II.

13. K.B. van 18-06-1990, art. 4bis.

V. Je maatschappelijke, financiële en juridische verantwoordelijkheid

1. Zijn er beperkingen aan de therapeutische vrijheid van artsen en tandartsen?

De “therapeutische vrijheid” waarover artsen en tandartsen beschikken is niet onbeperkt. Ze moeten zich onthouden van het voorschrijven, uitvoeren of laten uitvoeren van overbodige of onnodig dure verstrekkingen ten laste van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen¹⁴. Ook het aanzetten tot het uitvoeren of voorschrijven van overbodige verstrekkingen is niet toegelaten.

2. Wat is je verantwoordelijkheid als zorgverlener t.o.v. de verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen?

Je verantwoordelijkheid wordt bepaald in de wet¹⁵ die je therapeutische vrijheid beperkt:

“De [...] zorgverleners [...] dienen zich eveneens te onthouden van het uitvoeren of laten uitvoeren van onnodig dure of overbodige verstrekkingen ten laste van de regeling voor verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.”

Bijgevolg mag je geen zorgen verlenen die duidelijk te duur of overbodig zijn, zelfs al werden ze voorgeschreven. Je bent dus altijd verantwoordelijk voor de verstrekkingen die je aanrekent.

Er zijn enkele maatregelen voorzien (terugbetalingen en/of administratieve geldboete) voor het geval je overbodige of onnodig dure verstrekkingen aanrekent¹⁶.

Die gelden ook voor elke natuurlijke of rechtspersoon die aanzet tot het uitvoeren of voorschrijven van overbodige of onnodig dure verstrekkingen.

Worden gelijkgesteld met “zorgverleners” de natuurlijke of rechtspersonen die:

- zorgverleners tewerkstellen
- de zorgverlening organiseren
- de inning van de door de verzekering geneeskundige zorgen verschuldigde bedragen organiseren¹⁷.

Je bent echter wel verplicht het voorschrift op medisch vlak nauwkeurig uit te voeren¹⁸.

14. GvU-wet, art. 73 § 1..

15. GvU-wet, art. 73 § 1.

16. GvU-wet, art. 73bis.

17. GvU-wet, art. 2 n.

18. K.B. van 03-07-1996, art. 105.

3. Gevolgen wanneer verstrekkingen ten onrechte door de ziekteverzekering werden vergoed?

Wanneer de ziekteverzekering verstrekkingen ten onrechte heeft ten laste genomen omdat je niet de vereiste bevoegdheid had of omdat je de wettelijke of reglementaire bepalingen niet hebt gevolgd, dan moet je het bedrag van die verstrekkingen terugbetalen¹⁹, ongeacht of:

- je zelf de erelonen hebt geïnd
- of
- deze werden betaald via de derdebetalersregeling.

Echter, ook wanneer:

- je het ereloon van deze verstrekkingen niet hebt ontvangen, ben jij samen met de patiënt hoofdelijk (dus niet voor een deel maar voor gans het bedrag) aansprakelijk voor de terugbetaling
- een natuurlijke persoon of een rechtspersoon deze verstrekkingen voor eigen rekening heeft geïnd, is deze samen met jou hoofdelijk aansprakelijk voor de terugbetaling.

4. Op welke manier kan je aansprakelijk gesteld worden voor mijn verpleegkundig handelen?

Je handelwijze kan beoordeeld worden volgens verschillende regelgevingen:

- **administratief:**
 - volgens de bepalingen van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994 (de GVVU-wet)²⁰ met als controlerend orgaan de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC)
-  Meer informatie: www.riziv.be, Publicaties > Overzicht van onze publicaties > Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle: opdrachten en procedures.
- volgens de andere bepalingen: de Provinciale geneeskundige commissie erover te waken dat de gezondheidszorgberoepen en de niet-conventionele praktijken bedoeld in overeenstemming met de wetten en reglementen worden uitgeoefend
- **strafrechtelijk:** volgens het strafrecht en het sociaal strafrecht²¹. Bijvoorbeeld in geval van:
 - inbreuken op het beroepsgeheim²²
 - sociale fraude²³
 - bedrog
 - valsheid in geschrifte²⁴
 - gebruik van valse stukken
 - onjuiste verklaringen en oplichting volgens het sociale strafrecht²⁵.

De (juridische) kwalificatie van de inbreuk zal bepalen welke rechtbank bevoegd is: de correctionele rechtbank of de arbeidsrechtbank

19. GVVU-wet, art. 164.

20. GVVU-wet, art. 73bis en 142.

21. Wet van 06-06-2010 tot instelling van het Sociaal strafwetboek (SSW).

22. Strafwetboek, art. 458.

23. SSW, art. 1 § 1.

24. Strafwetboek, art. 193.

25. SSW, art. 230.

- **burgerlijk:** volgens het burgerlijk recht (bvb. schade bij medische fouten of schade zonder medische oorzaak)²⁶.



Meer informatie: www.riziv.be, Thema's > Medische ongevallen (zie 3^e Deel, XI.).

Algemeen wordt aanvaard dat de zorgverlener een middelenverbintenis heeft ten opzichte van zijn patiënt en geen resultaatsverbintenis²⁷. Hij moet dus alle nodige middelen inzetten om een goed resultaat te verkrijgen zonder dat garantie op succes kan worden gegeven.

5. Moet je je burgerlijke en professionele aansprakelijkheid laten verzekeren?

Het slachtoffer van een medische fout heeft recht op een schadeloosstelling voor de schade veroorzaakt door die fout²⁸. Die schadeloosstelling kan van toepassing zijn tot twintig jaar na de feiten. Je burgerlijke aansprakelijkheid blijft dus gelden na het stopzetten van je beroepsactiviteit en zelfs na je overlijden. Je erfgenamen blijven verantwoordelijk. Je moet hiervoor dus verzekerd blijven. Je moet bovendien je patiënten informeren dat je hiervoor verzekerd bent²⁹.

6. Kan je weigeren een behandeling voort te zetten?

Met een gegronde reden en als je alle maatregelen hebt getroffen om de continuïteit van de verzorging te verzekeren door een andere zorgverlener met dezelfde wettelijke bevoegdheid, kan je een behandeling stoppen³⁰.

7. Mag je weigeren een behandeling uit te voeren?

Je mag weigeren bepaalde handelingen uit te voeren waarvoor je wel bevoegd bent, maar niet voldoende bekwaam. « *De technische verpleegkundige verstrekkingen en de toevertrouwde geneeskundige handelingen moeten behoren tot de normale kennis en bekwaamheid van de verpleegkundige*³¹. »

Je wordt weliswaar geacht de gewone verstrekkingen en handelingen op correcte en veilige manier uit te voeren.

Je mag ook omwille van persoonlijke of ethische redenen weigeren om een handeling uit te voeren of er aan deel te nemen³².

26. Wet van 31-03-2010 betreffende de vergoeding van schade ten gevolge van gezondheidszorgen.

27. Burgerlijk wetboek, art. 1137.

28. Burgerlijk wetboek, art. 1382.

29. Wet van 22-08-2002 betreffende de rechten van de patiënt, art. 8/1.

30. Wet uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, art. 26.

31. K.B. van 18-06-1990, art. 7quater § 1.

32. Wet betreffende de euthanasie van 28-05-2002, art. 14.

8. Mag je reclame maken voor je praktijk?

Je mag geen reclame maken, ongeacht het gebruikte medium (kranten, website,...)³³.

Je mag ook geen reclame maken betreffende de kosteloosheid van de nomenclatuurverstrekkingen, noch verwijzen naar de tussenkomst van de VGUV via de derdebetalersregeling in deze verstrekkingen³⁴.

Maar je kan je activiteiten wel bekendmaken aan het publiek via bijvoorbeeld een lokale krant, een huis-aan-huisblaadjes, etc.

De verstrekte informatie moet waarheidsgetrouw, objectief, relevant, verifieerbaar, discreet en duidelijk zijn. Zij mag niet vergelijkend zijn. Resultaten van onderzoeken en behandelingen mogen niet worden gebruikt.

Zij mag niet aanzetten tot overbodige onderzoeken of behandelingen.



Meer informatie: www.riziv.be, Professionals > Info voor allen > Publiciteit door zorgverleners.

VI. De Nationale overeenkomst voor verpleegkundigen³⁵

Een overeenkomst wordt afgesloten tussen de gegradueerde, of gelijkgestelde, verpleegkundigen, de vroedvrouwen, de gebrevetteerde verpleegkundigen en de verpleegassistenten en de verzekeringsinstellingen volgens de hierna vermelde procedure.

1. Inhoud van de overeenkomst

De financiële en administratieve betrekkingen tussen patiënten en verzekeringsinstellingen enerzijds en de verpleegkundigen anderzijds worden bij overeenkomst geregeld³⁶. Onder andere de volgende elementen worden erin vastgelegd:

- prijzen en honoraria (art. 3). Er kan ook voorzien worden in een verhoogde tegemoetkoming voor bepaalde categorieën van patiënten
- de vergoeding voor sommige verplaatsingskosten (art. 4)
- modaliteiten voor het aanrekenen van de verstrekkingen, het toepassen van de derdebetalersregeling (art. 6-7) en het innen van het remgeld (art. 8)
- mogelijke gevolgen bij het niet naleven van de overeenkomst (art. 9)
- correctiemaatregelen bij overschrijding van de begrotingsdoelstellingen (art. 10)
- verpleegkundige thuisverzorging en het zorgtraject voor de diabetespatiënt (art. 10bis).

33. Wet uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, art. 122 § 2 2°.

34. GUV-wet, art. 127 § 2.

35. Nationale overeenkomst tussen de verpleegkundigen en de verzekeringsinstellingen, aangepast op 01-01-2009, hierna genoemd Nationale Overeenkomst.

36. GUV-wet, art. 42.

2. Procedure en tijden

De overeenkomsten worden afgesloten voor een periode van minstens 2 jaar. In bepaalde uitzonderlijke gevallen kan die periode echter korter zijn.

De toetreding is individueel³⁷ en de overeenkomst wordt jaarlijks stilzwijgend verlengd³⁸.

Het Verzekeringscomité³⁹ van de Dienst voor geneeskundige verzorging (belangrijkste uitvoeringsorgaan), de Algemene raad van het RIZIV en de minister van Sociale Zaken moeten de overeenkomst goedkeuren.

De overeenkomsten worden naar alle zorgverleners opgestuurd.

De overeenkomsten treden in werking wanneer een bepaald percentage (verschilt naargelang de zorgverleners) de overeenkomst niet verwerpt binnen een vastgestelde termijn.

De overeenkomst kan op nationaal niveau worden afgesloten en/of op regionaal niveau⁴⁰.

3. De overeenkomst weigeren

Wanneer je de overeenkomst weigert moet je dat binnen een termijn van 30 dagen na verzending, via een aangetekende brief, **laten weten** aan:



RIZIV
Dienst voor geneeskundige verzorging
Tervurenlaan 211
1150 Brussel.

4. Toetreden tot een overeenkomst

Wanneer je de tot de overeenkomst bent toegetreden en deze niet weigert binnen de in punt 3 vermelde termijn, ben je van rechtswege automatisch toegetreden voor je hele beroepsactiviteit.

5. Opzeggen van de overeenkomst

Je hebt de mogelijkheid om de lopende overeenkomst op te zeggen via een aangetekend schrijven⁴¹ verstuurd vóór 1 oktober. In dat geval bent u niet meer geconventioneerd vanaf de 1^e januari van het jaar volgend op het jaar waarin je de opzegging hebt verstuurd.

Ook kan drievierden van de leden van een van beide groepen vertegenwoordigd in de Overeenkomstencommissie de overeenkomst opzeggen. Daardoor wordt de overeenkomst geannuleerd vanaf de 1^e januari van het jaar volgend op het jaar van de opzegging.

37. Nationale overeenkomst, art. 12 en GVV-wet, art. 45 1^e lid.

38. GVV-wet, art. 49 § 4.

39. GVV-wet, art. 22.

40. GVV-wet, art. 43.

41. Nationale overeenkomst, art. 12 en GVV-wet, art. 49 § 3 1^e lid.

6. De patiënten informeren

Je moet je patiënten duidelijk informeren⁴²:

- dat je niet tot de overeenkomst bent toegetreden
- dat je tot de overeenkomst bent toegetreden.

Als je de plaats waar je je verstrekkingen uitvoert deelt met andere zorgverleners, dan kan aan de informatieplicht gezamenlijk en gecentraliseerd tegemoet gekomen worden, in plaats van door elke zorgverlener afzonderlijk.

Voor meer informatie, zie ook 2^e Deel, III. 4. “Moet je de honoraria toepassen die in de nomenclatuur zijn opgenomen?”



Indien je niet toetreedt tot de overeenkomst vermindert de tegemoetkoming van de verplichte verzekering met 25%. Hierdoor verhoogt het remgeld (deel ten laste van de patiënt).

7. Maatregelen in geval van niet naleving van de overeenkomst⁴³

In geval de overeengekomen tarieven niet worden nageleefd, kan de Overeenkomstencommissie boetes opleggen (een boete gelijk aan driemaal het bedrag van de inbreuk met een minimum van 123,95 EUR), te storten aan het RIZIV.

In bepaalde gevallen, voorziet de overeenkomst:

- de unilaterale terugtrekking uit de overeenkomst voor een bepaalde of onbepaalde duur
- de uitsluiting van de derdebetalersregeling (zie 2^e Deel, II. 11.)
- vergoedingen te storten aan het RIZIV.



Meer informatie: www.riziv.be, Professionals > Zorgverleners: Verpleegkundigen > Meer informatie > Overeenkomst.

VII. Ondersteunende maatregelen

1. Tegemoetkoming in een softwarepakket⁴⁴

Wanneer je bij het RIZIV bent ingeschreven, heb je recht op een premie wanneer je software koopt die gehomologeerd werd door de Overeenkomstencommissie voor verpleegkundigen - verzekeringsinstellingen.



Meer informatie en het aanvraagformulier: www.riziv.be, Professionals > Zorgverleners > Verpleegkundigen > Telematicapremie verpleegkunde.

42. GVV-wet, art. 73 § 1 4e, 5e en 6e lid.

43. Nationale overeenkomst, art. 9.

44. K.B. van 21-04-2007, tot bepaling van de voorwaarden en de nadere regels tegemoetkoming verleent aan de verpleegkundigen voor het gebruik van telematica en het elektronisch beheer van dossiers.

2. Forfaitaire tegemoetkoming voor de specifieke beheerskosten van de diensten thuisverpleging⁴⁵

Een dienst thuisverpleegkunde kan tweemaal per jaar een forfaitaire tegemoetkoming krijgen in de kosten verbonden aan opgelegde normen voor het beheer wanneer de dienst bestaat uit minimum 7 voltijds equivalent (VTE) verpleegkundigen, geleid door een verantwoordelijke verpleegkundige.



Meer informatie: www.riziv.be, Professionals > Zorgverleners: Verpleegkundigen > Forfaitaire tegemoetkoming diensten thuisverpleging.

3. Permanente vorming

Wanneer je bent ingeschreven bij het RIZIV, kan je genieten van een jaarlijkse tegemoetkoming vanwege het RIZIV in de kosten voor bijscholing die je hebt gevolgd vanaf 2011⁴⁶.



Meer informatie: www.riziv.be, Professionals > Zorgverleners: Verpleegkundigen > Financiële vergoeding voor bijscholing van verpleegkundigen.

4. Premie wanneer je beschikt over de bijzondere bevoegdheid in de diabetologie

Je kan een jaarlijkse premie krijgen wanneer je beschikt over een bijzondere beroepsbekwaamheid in de diabetologie.



Je vindt het aanvraagformulier op: www.riziv.be, Professionals > Zorgverleners: Verpleegkundigen > Premie voor thuisverpleegkundigen met een bijzondere beroepsbekwaamheid in de diabetologie.

5. Het functiecomplement

Personeelsleden van verzorgingsinstellingen en -diensten die een erkende opleiding volgen kunnen een functiecomplement ontvangen.



Je vindt het formulier op: www.riziv.be, Professionals > Zorgverleners: Verpleegkundigen > Hoe een functiecomplement krijgen.

45. K.B. van 07-06-2004 tot vaststelling van de forfaitaire tegemoetkoming ... voor de specifieke kosten van de diensten thuisverpleging...

46. K.B. van 14-01-2013 tot bepaling van de voorwaarden ... een financiële vergoeding ...

VIII. Hoe zijn de medische huizen georganiseerd⁴⁷?



Een **medisch huis** is samengesteld uit meerdere zorgverleners (artsen of verpleegkundigen en/of kinesitherapeuten) die ervoor kiezen om vergoed te worden via een forfaitair betalingssysteem in plaats van een betaling per prestatie⁴⁸.

Het medisch huis sluit een overeenkomst met de V.I. (binnen het kader van de bevoegde commissie van de dienst geneeskundige verzorging van het RIZIV) en ontvangt maandelijks een forfait per ingeschreven patiënt.

Dit bedrag hangt af van het aantal ingeschreven patiënten en van hun statuut (al dan niet verhoogde tegemoetkoming).

In het forfait zijn de raadplegingen en de gewone huisbezoeken inbegrepen maar niet de technische prestaties.

De patiënt schrijft zich in bij een medisch huis naar zijn keuze dat zorgen verstrekt in een bepaalde wijk.

De vergoeding voor het GMD is inbegrepen in het maandelijks forfait dat het medisch huis ontvangt.

Wanneer een patiënt een andere zorgverlener met dezelfde kwalificatie raadpleegt (arts, verpleegkundige of kinesitherapeut) die geen deel uitmaakt van het medisch huis dan heeft hij geen recht op terugbetaling van zijn prestaties behalve in de volgende gevallen:

- raadpleging of huisbezoek van een andere huisarts in het kader van een georganiseerde wachtdienst
- tijdelijk verblijf van de patiënt in een gebied waar het medisch huis geen zorgen verstrekt bijvoorbeeld in een vakantieperiode.

In beide gevallen zal het medisch huis de patiënt terugbetalen (en niet het ziekenfonds) op basis van de vigerende tarieven.



Meer informatie: www.riziv.be, Professionals > Verzorgingsinstellingen en -diensten > Medische huizen.

47. Regels betreffende het sluiten van akkoorden met het oog op forfaitaire betaling van verstrekkingen, goedgekeurd door het Beheerscomité van de DGV op 26-07-1982, gewijzigd op ... en door het Verzekeringscomité op 24-07-1995 en 05-01-1998.

48. GVV-wet, art. 50.

IX. De zorgverlener en het RIZIV

1. Het RIZIV

a. Doelstellingen

Het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) is een openbare instelling van sociale zekerheid.

Het RIZIV wil de middelen die de maatschappij uittrekt voor de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (verzekering GUV) zo goed mogelijk beheren binnen het wettelijke kader en in overleg met de betrokken actoren (de sociale partners, de ziekenfondsen, de zorgverleners,...), zodat:

- de bevolking toegang heeft tot de noodzakelijke geneeskundige verzorging, dat die verzorging van goede kwaliteit en doeltreffend is en dat ze wordt verstrekt tegen de overeengekomen tarieven
- de sociaal verzekerden - werknemers en zelfstandigen - een aangepast vervangingsinkomen genieten in geval van arbeidsongeschiktheid (met de mogelijkheid tot re-integratie) of moederschap, vaderschap, adoptie, faillissement (zelfstandigen)
- de activiteiten van de zorgverleners en de ziekenfondsen op een correcte manier gefinancierd worden
- er een correct gebruik is van de middelen, bestemd voor de GUV-verzekering, en alle betrokkenen de wettelijke verplichtingen naleven.

b. Structuur

Het RIZIV telt zes diensten:

- de Dienst voor geneeskundige verzorging (DGV), verantwoordelijk voor het beheer van de verzekering voor geneeskundige verzorging, ook ziekteverzekering genoemd⁴⁹
- de Dienst voor uitkeringen (DU), verantwoordelijk voor het beheer van de arbeidsongeschiktheid, de moederschaps-, vaderschaps- en adoptieverzekering⁵⁰
- de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC), die de toepassing van de RIZIV-wetgeving bewaakt (op het niveau van de praktijkvoering)⁵¹
- de Dienst voor administratieve controle (DAC) staat in voor de controle van de verzekeringsinstellingen, voor de controle van de juiste aflevering van documenten door verzekerden, zorgverleners en verzorgingsinstellingen en ten slotte voor de correcte toepassing van administratieve regels en richtlijnen⁵²
- het Fonds voor medische ongevallen (FMO)⁵³ is belast met de vergoeding van schade na geneeskundige verzorging
- de algemeen ondersteunende diensten.



Meer informatie: www.riziv.be > RIZIV > Administratieve structuur.

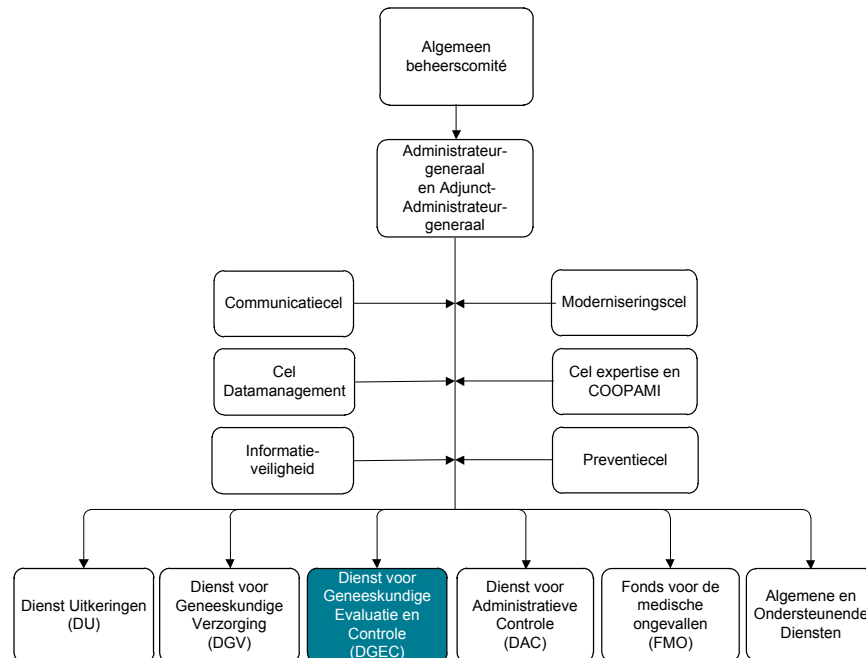
49. GUV-wet, art. 14.

50. GUV-wet, art. 78.

51. GUV-wet, art. 139.

52. GUV-wet, art. 159.

53. Wet van 31-03-2010 betreffende de vergoeding van schade na geneeskundige verzorging.



2. De Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEK)

De opdracht van de DGEK is bijdragen tot een optimale aanwending van de middelen van de verzekering GVV.

Om dat doel te bereiken, volgt de dienst drie strategieën⁵⁴: informatie, evaluatie en controle.

a. Informatie

Door de zorgverleners beter te informeren, moeten inbreuken tegen de wetgeving door onwetendheid worden voorkomen. De DGEK realiseert die informatieopdracht in samenwerking met de andere diensten van het RIZIV.



Voorbeelden

- informeren van de zorgverleners over veranderingen in de wetgeving (website RIZIV)
- ter beschikking stellen van pertinente informatie via de website (wetgeving, nomenclatuur, farmaceutische producten,...)
- praktische brochures opstellen in een toegankelijke taal voor de startende zorgverlener (Infobox)
- feedback geven in verband met de resultaten van de evaluatie- en controleactiviteiten, met de bedoeling de zorgverlener te wijzen op (mogelijke) inbreuken op de wetgeving.



Meer informatie: www.riziv.be, Professionals > Zorgverleners: Verpleegkundigen > Rechtspraak - verpleegkundigen.

54. GVV-wet, art. 139.

b. Evaluatie

Bij een evaluatie neemt men niet de praktijkvoering van de individuele zorgverlener onder de loep, maar wel van een groep zorgverleners, geselecteerd op basis van criteria zoals uitgeoefende discipline of wijze waarop bepaalde verstrekkingen worden aangerekend, voorschrijfgedrag, medische consumptie.

Het doel van de evaluatie is hoofdzakelijk preventief: de zorgverleners informeren over de bij hen vastgestelde afwijkingen.

c. Controle

De dienst DGEC heeft ook de taak na te gaan of de verstrekkingen uit de ziekteverzekering en de uitkeringsverzekering, verricht door de individuele zorgverlener/instelling, uitgevoerd zijn volgens de wettelijke of reglementaire bepalingen. Daarvoor beschikt de DGEC over geneesheren-inspecteurs, apothekers-inspecteurs en verpleegkundige-controleurs (het inspecterend personeel)⁵⁵.

Wanneer zij inbreuken vaststellen, kunnen zij die doorgeven aan de door de wet voorziene instanties; eventueel kunnen maatregelen getroffen worden volgens de wettelijke procedures⁵⁶.

De inbreuken zijn onderverdeeld in acht categorieën⁵⁷, elk met eigen maatregelen⁵⁸:

1. aanrekenen van niet verrichte verstrekkingen (realiteit)
2. aanrekenen van verstrekkingen zonder rekening te houden met de geldende nomenclatuurregels of voorwaarden (conformiteit), of andere bepalingen (bvb. het akkoord artsen-ziekenfondsen, de overeenkomsten)
3. aanrekenen van verstrekkingen die noch curatief noch preventief zijn m.a.w. niet in de nomenclatuur voorziene verstrekkingen⁵⁹ bv. esthetische ingrepen
4. aanrekenen van overbodige of onnodige dure verstrekkingen (overconsumptie)
5. voorschrijven van onnodig dure of overbodige verstrekkingen
6. voorschrijven van onnodig dure of overbodige geneesmiddelen (geneesmiddelen hoofdstuk II, zonder voorafgaande toelating adviserend geneesheer)
7. administratieve inbreuken
8. aanzetten tot het uitvoeren of voorschrijven van overbodige of onnodig dure verstrekkingen.



Meer informatie op: www.riziv.be, over de:

- over de werking van de DGEC: Publicaties > Overzicht van onze publicaties > Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle: opdrachten en procedures
- over de structuur van de DGEC: RIZIV > administratieve structuur > De Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle.



De hiervoormelde opgesomde overtredingen zijn ook van toepassing op natuurlijke of rechtspersonen die:

- zorgverleners te werk stellen
- de zorgverlening organiseren
- de inning van vergoedingen van de ziekteverzekering organiseren⁶⁰.

55. Gvu-wet, art. 146 § 1.

56. Gvu-wet, art. 146 § 3.

57. Gvu-wet, art. 73bis.

58. Gvu-wet, art. 142 § 1.

59. Gvu-wet art. 34.

60. Gvu-wet, art. 2n.

3. Wat zijn de bevoegdheden van het inspecterend personeel van de DGECC?

Om hun opdrachten goed te kunnen uitvoeren heeft de wet aan het inspecterend personeel bevoegdheden toegekend⁶¹.

Dit zijn de voornaamste bevoegdheden:

- op elk ogenblik van de dag of van de nacht, zonder voorafgaande verwittiging, vrij binnengaan in alle werkplaatsen of andere plaatsen die aan hun toezicht onderworpen zijn
- binnengaan in de bewoonde lokalen met een huiszoekingsbevel van de onderzoeksrechter
- elke persoon ondervragen wiens verhoor nuttig wordt geacht
- overgaan tot het opsporen en onderzoeken van informatiedragers die sociale gegevens en gegevens bevatten die ingevolge de wetgeving dienen worden opgemaakt
- overgaan tot het opsporen en onderzoeken van informatiedragers die gelijk welke andere gegevens bevatten die voor het onderzoek nodig zijn
- het downloaden of het nemen van kopieën onder gelijk welke vorm, van de informatiedragers of van de gegevens die ze bevatten of ze hen kosteloos doen bezorgen
- het eisen van een vertaling van de gegevens in één van de drie landstalen, indien de gegevens in een andere taal zijn opgesteld
- vaststellingen doen door middel van beeldmateriaal
- ze kunnen de zorgverleners verplichten hen alle inlichtingen of documenten te bezorgen die ze nodig achten voor hun onderzoek
- het in beslag nemen of verzegelen van elke informatiedrager – boeken, registers, documenten, elektronische dragers – die nodig zijn voor het uitvoeren van hun opdracht
- elk officieel identiteitsdocument opvragen (identiteitskaart, paspoort, rijbewijs, enz.), vaststellingen doen, foto's nemen
- waarschuwingen geven of processen-verbaal van vaststelling (PJ) opstellen
- de beroepsordes (Orde van geneesheren en Orde der apothekers)⁶², de Procureur des Konings⁶³ en andere federale controlediensten informeren voor zover de inlichtingen die ze in de uitoefening van hun opdracht inwonnen onder de bevoegdheid vallen van deze derden⁶⁴.

De mededeling en het gebruik van die inlichtingen en documenten zijn onderworpen aan de eerbiediging van het medisch geheim⁶⁵.

Iedere persoon die het inspecterend personeel hinder bij de uitoefening van zijn opdracht kan gestraft worden⁶⁶.

Als zij inbreuken op de wettelijke of reglementaire bepalingen vaststellen met betrekking tot de verzekering voor geneeskundige verzorging, stelt dit personeel een Pro Justitia op die rechtsgeldig is tot bewijs van het tegendeel.

61. SSW, art. 23 tot 39 en GVV-wet, art. 150.

62. GVV-wet, art. 146 § 3.

63. Wetboek van Strafvordering, art. 29.

64. SSW, art. 54.

65. GVV-wet, art. 150.

66. Strafwetboek, art. 209.

Tijdens een verhoor of bij de kennisgeving van een proces-verbaal van vaststelling, voegt het inspecterend personeel bij de kennisgeving van een proces-verbaal van vaststelling een **uitnodiging tot vrijwillige terugbetaling** (UVT)⁶⁷. Het is een uitnodiging om het bedrag van de verstrekkingen die ten onrechte aan de GvU-verzekering werden aangerekend vrijwillig terug te betalen.

Indien het terug te betalen bedrag:

- lager of gelijk is aan 3.000 EUR, dooft de gehele terugbetaling binnen de twee maanden vanaf de dag van de kennisgeving van het proces-verbaal van vaststelling, de administratiefrechtelijke vervolging uit en wordt het dossier afgesloten, behalve wanneer een nieuw proces-verbaal van vaststelling ter kennisgeving is aangeboden binnen drie jaar volgend op de uitnodiging om over te gaan tot vrijwillige terugbetaling
- hoger is dan 3.000 EUR, dooft de gehele terugbetaling de administratiefrechtelijke vervolging niet uit, en staat dat het opleggen van maatregelen zoals recuperatie en het opleggen van administratieve geldboetes niet in de weg.

67. GvU-wet, art. 142 § 2 4e lid.

2^e Deel

Het aanrekenen van verpleegkundige verstrekkingen





In dit deel vind je informatie over hoe je verstrekkingen correct dient aan te rekenen: welk document te gebruiken, hoe het in te vullen, welke prestaties te vermelden in functie van de nomenclatuur van verstrekkingen. Onder welke voorwaarden mag je ze aanrekenen? Wanneer en hoe gebruik maken van de derde betalingsregeling?

I. Getuigschrift voor verstrekte hulp



Het **getuigschrift voor verstrekte hulp (GVH)** is het document dat de betaling en de terugbetaling voor de patiënt door de ziekteverzekering mogelijk maakt.



“**Aanrekenen**” betekent het invullen en ondertekenen van een Getuigschrift voor Verstrekte Hulp (GVH).

Dit heeft tot gevolg dat:

- je verantwoordelijk bent voor de realiteit en de conformiteit van de ingevulde gegevens
- de verzekering voor gezondheidszorgen zich ertoe verbindt het bedrag van de prestaties terug te betalen volgens de ingevulde nomenclatuurcodes.

Er bestaan verschillende modellen, vastgelegd in een verordening⁶⁸:

- het getuigschrift voor verstrekte hulp (GVH) voor zorgen verstrekt door een individuele zorgverlener
- het verzamelgetuigschrift voor verstrekte hulp (VGVH) wanneer de zorgen werden verstrekt door verschillende zorgverleners of in een instelling.

In bepaalde gevallen moet je attesteren via elektronische weg.

68. Verordening geneeskundige verzorging van 28-07-2003 (verder VGV), art. 6, bijlage 10.

HIERNA INVULLEN OF KLEEFBRIEFJE V.I. AANBRENGEN					
Naam en voornaam van de patiënt: _____					
Verzekeringsinstelling: _____			12		
INZET: _____					
Adres van de patiënt: _____					
GETUIGSCHRIFT VOOR VERSTREKTE HULP					
IN TE VULLEN DOOR DE VERSTREKKER					
Naam en voornaam van de patiënt : _____ 1					
Datum van de verstrekking		Nummer v. d. ontvangstkaart			
2		3		13	
(1)	(2)	(1)		(2)	
Voorgeschreven door: _____ 10			Naam en voornaam		
op datum van: ____/____/____					
RIZIV-identificatienummer van de voorschrijver(s): _____					
Voorschrift(en) bijgevoegd: _____ 11					
- aan dit attest (2)					
- aan het attest van ____/____/____ (2)					
Patiënt is gehospitaliseerd / ambulante (2): _____					
Nummer van de instelling: _____					
Dienst: _____					
(1) De niet getrouwde partner doorhalen (2) Schrijven wat niet past					
Identificatie van de verstrekker:			5		K.B. 15.07.2002 EUR
4					
Datum : _____ 6					G
Handtekening van de verstrekker					7
ONTVANGSTBEWIJS OF FISCALE LUIK					
Gelind voor rekening van KBO nr.: _____					
Ontvangen de som van _____ 9 EUR			Datum: _____ 8		
			Handtekening _____ 7		

1. Ben je verplicht een GVH af te leveren⁶⁹?

Wanneer je verstrekkingen uitvoert die aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de ziekteverzekering en wanneer je patiënt rechtstreeks betaalt, dat moet je een GVH aan je patiënt bezorgen. Wanneer je de derdebetalersregeling toepast moet je de GVH elektronisch opsturen via MyCareNet (zie punt 12. « Attesteren en communiceren via MyCareNet »).

Als je zowel vergoedbare als niet-vergoedbare verstrekkingen uitvoert, moet je de patiënt een bewijsstuk geven⁷⁰ met daarop:

- de totale som die moet betaald worden (met de voorschotten)
- voor de vergoedbare verstrekkingen: het totale bedrag (met de supplementen)
- voor elke niet vergoedbare verstrekking: het te betalen bedrag, met een omschrijving.

Je moet het document niet ondertekenen, maar je moet wel een kopie bijhouden.

2. Hoe kan ik mijn GVH bestellen?

Je kan die bestellen via de website www.medattest.be:

- online, nadat je per brief een gebruikersnaam en een activatiecode hebt gekregen
- door de bestelbon af te drukken die je op die website kan vinden en die op te sturen naar:



RIZIV - getuigschriften
Postbus 30005
1000 Brussel

- door de bestelbon te faxen naar 02 278 55 00.

Het contactcenter is bereikbaar op het telefoonnummer 02 274 09 34, elke werkdag van 8 tot 19 uur en zaterdag van 8.30 uur tot 12 uur.

Je bestelling wordt binnen de negen werkdagen na ontvangst van je betaling geleverd.

Je moet op voorhand betalen; betaling kan via online banking, kredietkaart of overschrijving.

Bij bestellingen van meer dan één doos krijg je een korting.

Je kan een mandataris voor online bestellingen aanstellen.



Meer informatie op de website:

- www.medattest.be
- www.riziv.be, Professionals > Info voor allen > Bestellen van getuigschriftenboekjes.

3. Mag je de GVH van een collega gebruiken?

In hoogdringende gevallen mogen de ziekenfondsen - uitzonderlijk - getuigschriften voor verstrekte hulp aanvaarden en boeken die door een zorgverlener op getuigschriften van een collega zijn aangerekend, op voorwaarde dat⁷¹:

- de gegevens van je collega zijn doorstreept
- je eigen stempel met je RIZIV-nummer duidelijk op het getuigschrift is aangebracht
- je aan je collega een attest aflevert, waarop het aantal ontvangen voorschriftenboekjes en de overeenkomstige nummers worden vermeld
- je collega in zijn fiscaal dagboek vermeldt dat hij de boekjes met die nummers aan je heeft gegeven.

69. GVV-wet, art. 53 § 1 1^e en 2^e lid.

70. GVV-wet, art. 53 § 1/2.

71. VGV, art 6.

4. Hoe moet je het GVH invullen?

De volgende elementen moet je op het GVH vermelden:

(zie voorbeeld in punt II.)⁷²

In 1 de naam en de voornaam van de verzekerde aan wie de verzorging werd verstrekt

In 2 de datum waarop de verstrekkingen werden uitgevoerd. Die datum kan verschillen van de datum waarop het getuigschrift werd uitgereikt (beide data moeten worden vermeld)

In 3 de nomenclatuurcodes van de uitgevoerde verstrekkingen

In 4 je stempel

In 5 de vermelding:

- “ja” als je het remgeld integraal hebt ontvangen
- “neen” of “0” indien geen remgeld werd betaald
- of het **werkelijk** betaalde bedrag, met inbegrip van het remgeld⁷², zodat het ziekenfonds kan nagaan of het te factureren maximumbedrag werd overschreden of niet (zie maximumfactuur MAF, 4^e Deel, IV.)

In 6 de datum waarop het getuigschrift voor verstrekte hulp werd uitgereikt

In 7 je handtekening: door die ondertekening ben je verantwoordelijk voor de juistheid van de gegevens op het getuigschrift en/of op het ontvangstbewijs

In 8 de eventuele datum waarop de honoraria werden geïnd

In 9 het bedrag van de geïnde honoraria⁷³ of je de verstrekkingen nu hebt uitgevoerd voor eigen rekening of voor die van iemand anders.

Wanneer je verstrekkingen aanrekenen waarvoor een voorschrift is vereist, dan moet je:

- in 10 het RIZIV-nummer en de identificatiegegevens van de voorschrijver vermelden
- in 11, melden dat je het voorschrift bij het GVH voegt of de datum vermelden van het GVH waarbij het voorschrift werd gevoegd (in het geval waarin een voorschrift meerdere GVH's wettigt)⁷⁴

Je moet het voorschrift in het verpleegkundig dossier bewaren gedurende een periode van minimum 5 jaar.

Vak 12 is bestemd voor de patiënt.

Vak 13 is bestemd voor de mutualiteit.

Wanneer je verstrekkingen aanrekenen via pseudocodes, en als:

- de patiënt je betaalt, dan moet je die vermelden op een formulier⁷⁵ en dat bij het GVH voegen
 Formulier beschikbaar op: www.riziv.be, Professionals > Zorgverleners: Verpleegkundigen > Formulieren voor verpleegkundigen
- je de derdebetalersregeling toepast, moet je ze vermelden op de magnetische of elektronische dragers die je aan de verzekeringsinstellingen bezorgt (zie punt 12. « Attesteren en communiceren via MyCareNet »).

Wanneer je in een vennootschap werkt en het oude model van GVH gebruikt, dan moet je het ontvangen bedrag vermelden onderaan het getuigschrift. Zelfs als daar geen plaats is voor voorzien.

72. Wet van 10-04-2014, art. 96.

73. VGV, art. 6 § 2.

74. GVV-wet, art. 53 § 1.

75. VGV, art. 6 § 2.

76. VGV, bijlage 4.

5. Wat is het fiscale luik (of ontvangstbewijs)?



Het **fiscale luik** of **ontvangstbewijs** is het deel van het GVH dat eventueel kan afgescheurd worden.

Daar staat je inschrijvingsnummer bij de Kruispuntbank voor Ondernemingen (zie 1^e Deel, I. 4.).

Hoewel beide luiken (getuigschrift en ontvangstbewijs) aan elkaar verbonden zijn, behoren zij tot een totaal verschillende wetgeving:

- de GVVU-wet voor het getuigschrift
- de fiscale wetgeving voor het ontvangstbewijs (dat niet bestaat voor de getuigschriften van vennootschappen).

6. Wanneer moet je het GVH uitreiken of ontvangstbewijs?

Volgens de gecoördineerde wet (GVVU-wet), moet je het GVH aan de patiënt geven **zodra mogelijk**⁷⁷, en **ten laatste twee maanden**⁷⁸ na het einde van de maand waarin je de verstrekkingen hebt uitgevoerd.

Het Wetboek van belastinginkomsten⁷⁹ echter schrijft voor dat je het GVH moet meegeven **op het moment van de verstrekking**⁸⁰, of de patiënt betaalt of niet.

Praktisch:

a. Wanneer de patiënt betaalt

- contante of via bankkaart: moet je het ontvangstbewijs bevestigd aan het GVH terzelfdertijd meegeven⁸¹ zonder het ontvangstbewijs te verwijderen en met de vermelding van het bedrag dat je hebt ontvangen voor de verstrekking en de honoraria
- door storting of overschrijving: je moet het GVH bij de verstrekking overhandigen, maar je moet het bedrag niet vermelden of het ontvangstbewijs meegeven
- met uitstel (« uitgestelde betaling »): je moet het GVH overhandigen op het moment van de verstrekking en het ontvangstbewijs op dat van de inning van de honoraria⁸². Je kan je patiënt, desgewenst, een schuldbekentenis laten tekenen of een ontvangstbewijs voor het niet geregelde GVH.

b. De derdebetalersregeling toepassen

Als je de derdebetalersregeling (zie punt 12 « Attesteren en communiceren via MyCareNet ») toepast dan moet je MyCarenet gebruiken en de getuigschriften doorsturen uiterlijk in de maand volgend op het einde van de maand waarin je de verstrekkingen hebt uitgevoerd⁸³.

77. GVVU-wet, art. 53 § 1.

78. K.B. van 19-05-1995, art. 1.

79. Wetboek van belastinginkomsten van 10-04-1992, art. 320.

80. Wetboek van belastinginkomsten, Richtlijnen en administratieve commentaren, Commentaar op het Wetboek van belastinginkomsten 92, art. 320/25.

81. Wetboek van belastinginkomsten, art. 320 § 1 2^e lid.

82. Wetboek van belastinginkomsten, Richtlijnen en administratieve commentaren, Commentaar op het Wetboek van belastinginkomsten 92, art. 320/25.

83. Nationale overeenkomst, art. 7 § 2.

Een administratieve geldboete kan worden opgelegd voor elke inbreuk, zonder voorafgaandelijke verwittiging⁸⁴.

De ziekenfondsen mogen geen (gedeeltelijke of gehele) vergoeding toekennen, indien ze geen getuigschrift voor verstrekte hulp hebben gekregen⁸⁵.

7. Wat is het fiscale dubbel?

 Het **fiscale dubbel** is een kopie van het getuigschrift. Het vermeldt de aangerekende verstrekkingen met hun nomenclatuurnummer, maar niet de identiteit van de patiënt. Het getuigschrift en het fiscale dubbel hebben hetzelfde boek- en bladnummer. Het fiscale dubbel is bedoeld voor een eventuele fiscale controle. Het kan echter wel door de DGEC worden opgevraagd in het kader van haar bevoegdheden⁸⁶.

8. Wanneer moet je een bewijsstuk aan de patiënt geven⁸⁷?

Sinds 1 juli 2015, moet je de patiënt een bewijsstuk geven wanneer je:

- tegelijkertijd vergoedbare en niet-vergoedbare verstrekkingen aanrekent
- het getuigschrift voor verstrekte hulp, van aflevering, of een gelijkaardig document, elektronisch bezorgt aan het ziekenfonds van je patiënt.
Opdat je die verplichting zou kunnen nakomen, stelt het RIZIV alles in het werk om dat bewijsstuk door alle softwareprogramma's automatisch te laten genereren.

Je moet het document niet ondertekenen, maar je moet wel een kopie bijhouden.

 www.riziv.be, Professionals > Info voor allen: Uitreiking van een bewijsstuk aan de patiënt.

9. Hoe moet je aanrekenen voor andermans rekening?

Die mogelijkheid doet zich vooral voor bij verschillende soorten vennootschappen: de zorgverlener is dus een andere persoon dan de fiscaal verantwoordelijke⁸⁸.

Wanneer je aanrekent voor een andere verpleegkundige, moet je volgende voorwaarden voldoen⁸⁹:

- voor elke verstrekking moet de zorgverlener die de verstrekking(en) heeft uitgevoerd geïdentificeerd worden
- er moeten interne documenten zijn. een intern document is ieder document waarin de verrichte verstrekking (= nomenclatuurnummer) en diegene die ze werkelijk verricht, vermeld staan en dat door deze laatste is ondertekend. Het verpleegkundig dossier, een register kunnen hiervoor dienen, elektronisch of niet. Interne documenten moeten drie jaren worden bewaard
- er moet een schriftelijke lastgeving zijn, waarbij de verstrekker toestemming geeft om zijn verstrekkingen te laten aanrekenen door de ondertekenaar van het verzamelgetuigschrift.

84. K.B. van 19-05-1995, art. 3.

85. GvU-wet, art. 53 § 1.

86. SSW, art. 28 2°.

87. GvU-wet, art. 53 § 1/2.

88. VGV, art. 6 § 2.

89. VGV, art. 6 § 14.

Een schriftelijke lastgeving kan een volmacht zijn, een bepaling in het statuut of het arbeidscontract of onder een andere vorm. De schriftelijke lastgeving is belangrijk voor de aansprakelijkheid als er betwisting ontstaat over de attestering. Indien er geen schriftelijke lastgeving is en de zorgverlener van wie de naam vermeld is naast de aangerekende verstrekking niet instemt, hetzij met het aanrekenen in zijn naam, hetzij met de realiteit en conformiteit van de aangerekende verstrekking, dan kan de ondertekenaar aansprakelijk gesteld worden voor foutieve attestering.



De aanwezigheid van een mandaat ontslaat je niet van je verantwoordelijkheid voor de juistheid (realiteit en conformiteit) van de geattesteerde verstrekkingen.



Meer informatie: www.riziv.be, Professionals > Zorgverleners: Verpleegkundigen > Werken in groeperingen van verpleegkundigen met een groepsnummer voor de derdebetalers-regeling.

10. Aanrekenen via een facturatedienst

Je kan een lijst van je verstrekkingen doorgeven aan een facturatedienst die de GvH zal opstellen. Je moet de GvH's achteraf ondertekenen want je draagt ook hier de verantwoordelijkheid voor de aangerekende verstrekkingen.

11. Derdebetalersregeling⁹⁰



De [derdebetalersregeling](#) is een betalingswijze waarbij je de betaling van de verschuldigde tegemoetkoming rechtstreeks ontvangt van het ziekenfonds van de patiënt.

Enkel de (eventuele) remgelden in je rechtstreeks bij je patiënt.

a. Hoe moet je het toepassen?

Om het systeem van derde betaler te mogen toepassen moet je aan de volgende voorwaarden voldoen⁹¹:

- je moet toegetreden zijn tot de overeenkomst
- je moet de dienst Geneeskundige verzorging ervan op de hoogte brengen per aangetekende brief (of tijdens de toetreding tot de overeenkomst)
- je moet de derdebetalersregeling toepassen voor alle rechthebbenden en voor alle verstrekkingen
- je dient te factureren via MyCareNet (zie hierna)
- je moet de honoraria van de overeenkomst respecteren
- bij een groepering moeten alle leden het derdebetalerssysteem toepassen en moet een voor de groep specifiek “derdebetalersregeling”-nummer worden aangevraagd.



Meer informatie: www.riziv.be, Professionals > Individuele Zorgverleners: Verpleegkundigen > MyCareNet voor de thuisverpleegkundige.

90. K.B. van 18-09-2015 tot uitvoering van artikel 53 van de GvU-wet.elle

91. Nationale overeenkomst, art 6, 7 en 7bis.

b. Wat indien je je niet aan de voorwaarden houdt?

Als je je niet aan de vermelde voorwaarden houdt, kan je financieel gestraft worden⁹².

De Overeenkomstencommissie kan je uitsluiten van de derdebetalersregeling gedurende een periode van één maand tot één jaar. In geval van recidief binnen een termijn van 5 jaar kan die uitsluiting definitief zijn.

Wanneer er een vermoeden bestaat van onregelmatigheden in je praktijk of van misbruik bij de toepassing van de derdebetalersregeling kunnen de verzekeringsinstellingen conservatoir elke betaling gedurende een periode van maximum drie maanden schorsen, op voorwaarde dat ze tegelijkertijd jou en de Overeenkomstencommissie daarover inlichten.

De Overeenkomstencommissie vergadert binnen 30 dagen na ontvangst van dit bericht en spreekt zich uit over de handhaving of de opheffing van de schorsing van de betalingen.

Wanneer er ten opzichte van jou ernstige, duidelijke en overeenstemmende aanwijzingen zijn van fraude, kan de Leidend ambtenaar van de DGEK de uitbetaling door de ziekenfondsen van de verschuldigde bedragen via de derdebetalersregeling, opschorten, volledig of gedeeltelijk, en dat voor een periode van maximum 12 maanden. Je kan beroep aantekenen, maar dat werkt niet opschortend⁹³.

De Leidend ambtenaar van de DGEK kan je een verbod opleggen tot toepassing van de derdebetalersregeling als⁹⁴ je :

- een definitieve strafrechtelijke veroordeling hebt opgelopen die verband houdt met onregelmatigheden ten laste van de GVV-wet
- inbreuken hebt begaan op art. 73bis van de GVV-wet.

12. Attesteren en communiceren via MyCareNet



MyCareNet is een systeem waarmee je, via internet, rechtstreeks snel en via beveiligde weg kan communiceren met de verzekeringsinstellingen in verband met:

- facturatie via de derdebetalersregeling
- controle op de verzekeraarbaarheid
- verzending van medico-administratieve documenten.

Je moet de facturatiegegevens doorsturen ten laatste **in de maand** die volgt op het einde van de maand waarin je de verstrekkingen hebt uitgevoerd⁹⁵.



Meer informatie: www.riziv.be, Professionals > Zorgverleners: Verpleegkundigen > MyCareNet voor de thuisverpleegkundige.

Vanaf 1 juli 2015 moet je een bewijsstuk aan de patiënt uitreiken in geval van elektronische facturatie in de derdebetalersregeling⁹⁶. Het RIZIV stelt alles in het werk om het bewijsstuk door alle softwareprogramma's automatisch te laten genereren.



www.riziv.be, Professionals > Info voor allen > Informatie voor de patiënt over de kosten van de geneeskundige verstrekkingen > Uitreiking van een bewijsstuk aan de patiënt.

92. Nationale overeenkomst, art. 9 §§ 4 en 5.

93. GVV-wet art. 77sexies.

94. K.B. van 18-09-2015, art. 11.

95. Nationale overeenkomst, art. 7 § 2.

96. GVV-wet, art. 53 6e lid.

13. Hoe lang moet je de gebruikte getuigschriftenboekjes bewaren?

Voor de belastingadministratie dienen de fiscale boekjes gedurende acht jaar bewaard te worden vanaf de 1^e januari van het kalenderjaar waarin ze gebruikt werden⁹⁷.



Een boekje gebruikt in 2016 zal mogen vernietigd worden vanaf 1 januari 2024.



Er is een ander model van de getuigschriften. De oude kunnen nog worden gebruikt tot 31 december 2016⁹⁸.

III. Aanrekenen in functie van de nomenclatuur

In dit deel verwijzen de wettelijke verwijzingen naar artikel 8 van de NGV, behalve waar het anders is vermeld.

1. Aanrekenen en voorschrijven in functie van je bevoegdheid

De nomenclatuur bepaalt de bekwaamheid vereist om verstrekkingen te kunnen aanrekenen aan de ziekteverzekering⁹⁹.

De bevoegdheidscode van je RIZIV-nummer geeft die bevoegdheid weer (zie 1^e Deel, III.).

2. Wat is de nomenclatuur?



De **nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen (NGV)** is:

- de lijst van de NGV die door de ziekteverzekering worden vergoed
- het geheel van de toepassingsregels die uitleg verschaffen over de voorwaarden voor terugbetaling.

Voor elke verstrekking geeft de nomenclatuur de volgende informatie:

- de **bevoegdheid** vereist om de verstrekking te mogen aanrekenen aan de ziekteverzekering
- een **nummer** van zes cijfers dat de verstrekking identificeert. Meestal zijn er twee nummers per verstrekking:
 - één voor ambulante
 - één voor gehospitaliseerde patiënten.

Het is dat nummer dat je dient te vermelden in 2 en 3 van het GVH (zie punt II.)

97. Wetboek van belastinginkomsten, art. 315 3e lid.

98. VGV, art. 33 2e lid.

99. Nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen (NGV), art. 2. D-E.

- een **omschrijving**: een beschrijving van de verstrekking zelf, al dan niet aangevuld met kwantitatieve of kwalitatieve voorwaarden met betrekking tot de vergoedbaarheid (zie hieronder de toepassingsregels)
- een **betrekkelijke waarde** die de hoegrootheid van de vergoeding bepaalt. Ze bestaat uit:
 - een **sleutelletter** die een aantal verstrekkingen groepeerd. Bv. M voor kinesitherapie, W voor verpleegkundige verzorging, B voor klinische biologie, N voor onder andere raadplegingen en huisbezoeken. De waarde van de sleutelletter, in EUR, is het onderwerp van overleg tussen zorgverleners en ziekenfondsen
 - een **coëfficiëntgetal** die een vermenigvuldigingsfactor is
- **toepassingsregels** verduidelijken verder de vergoedbaarheid van één of meerdere verstrekkingen. In het laatste geval worden ze meestal vermeld aan het einde van het hoofdstuk. Dat betekent dus dat je bij het bestuderen van een bepaald nomenclatuurnummer steeds zowel de omschrijving als de toepassingsregels en interpretatieregels dienaangaande dient na te lezen.



Dat betekent dus dat je bij het bestuderen van een bepaald nomenclatuurnummer steeds tot het einde van het betreffende hoofdstuk moet raadplegen.

Interpretatieregels kunnen de nomenclatuur verduidelijken.



Voorbeeld

Voor de hygiënische verzorging in de woon- of verblijfplaats van de rechthebbende.

Nummer	Omschrijving	Sleutelletter	Coëfficiënt-getal
425110	Hygiënische verzorging (toiletten)	W	1,167

De toepassingsregels voor deze verstrekking staan vermeld in § 6.



Meer informatie: www.riziv.be, Nomenclatuur > Nomenclatuur – Teksten.



Meer informatie over de **tarieven** van de verstrekkingen: www.riziv.be, Thema's > Verzorging: kosten en terugbetaling > De geneeskundige verstrekkingen die uw ziekenfonds terugbetaalt > Individuele verzorging > Honoraria, prijzen en vergoedingen.

3. Wanneer is een verstrekking terugbetaalbaar?

De verstrekkingen opgenomen in de nomenclatuur worden terugbetaald wanneer zij:

- uitgevoerd werden in overeenstemming met de bepalingen van die nomenclatuur
- overeenstemmen met je bevoegdheid (zie 1.).



Je mag als zorgverlener verstrekkingen uitvoeren die de ziekteverzekering niet vergoedt maar waarvoor je je bekwaam acht. Die kosten, die je vrij mag bepalen¹⁰⁰, zijn dan ten laste van de patiënt. Je moet hem daarover voorafgaandelijk informeren¹⁰¹.



Het Verzekeringscomité stelt interpretatieregels, vast op basis van de voorstellen gedaan door de bevoegde Technische raad. Ze kunnen de nomenclatuur verduidelijken. Ze worden gepubliceerd in het staatsblad en hebben kracht van wet. Je kan ze raadplegen op de site van het RIZIV.

100. Wet uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, art. 35 2^e lid.

101. Wet 22-08-2002, art. 8 § 2.

4. Moet je de honoraria toepassen die in de nomenclatuur zijn opgenomen?

a. Als je bent toegetreden tot de nationale overeenkomst

Je moet de maximumbedragen toepassen zoals ze zijn vastgelegd in de nationale overeenkomst, en je mag geen supplementen vragen.

b. Als je niet bent toegetreden tot de nationale overeenkomst

Je bepaalt zelf je honorarium, behalve voor de rechthebbenden op een verhoogde tegemoetkoming, de palliatieve patiënten en diabetespatiënten. Voor hen moet je de maximumbedragen toepassen¹⁰².

5. Mag je verplaatsingsvergoedingen aanrekenen?

Normaal mag je geen verplaatsingsvergoedingen aanrekenen, maar de overeenkomst¹⁰³ voorziet een lijst van gemeenten waarvoor je een verplaatsingsvergoeding mag vragen, op voorwaarde dat je een verstrekking aanrekenet die wordt vergoed door de VGVU.

6. Waar kan je de nomenclatuur raadplegen?



Je kan de nomenclatuur raadplegen op de website van het RIZIV:

- ofwel rechtstreeks via de onthaalpagina:
 - zoeken naar een nomenclatuurnummer
 - geavanceerd zoeken
- ofwel via de knop Nomenclatuur:
 - volledige tekst
 - Nomensoft, een zoekmotor waarmee je kan zoeken:
 - op nomenclatuurnummer
 - op woord(en) en/of uitdrukking(en) in de omschrijving
 - op artikel via navigatie in de boomstructuur
 - via een combinatie van deze zoekmethodes.

“Nomensoft” geeft voor elke code, onder andere:

- de omschrijving van de verstrekking
- de honoraria en terugbetalingen (met historiek)
- de datum van inwerkingtreding
- de sleutelwaarden.

102. K.B. 23-08-1982 en K.B. van 15-01-2014 betreffende de verhoogde tegemoetkoming..

103. Nationale overeenkomst, art. 4.

7. Wat is de wettelijke basis van de nomenclatuur?

De nomenclatuur die als bijlage gevoegd is bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de NGV inzake verplichte GVV-verzekering.

Artikel 34 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 (GVV-wet) somt de verstrekkingen van preventieve en curatieve aard op.

De aanpassingen worden in de vorm van koninklijke besluiten bekendgemaakt, waarbij wordt verwezen naar het eerder genoemde koninklijk besluit van 14 september 1984.

8. Wie bepaalt de nomenclatuur?

Meestal zijn het de **Technische raden** of eventueel de Overeenkomstencommissies die **voorstellen** doen of een **advies** geven omtrent wijzigingen in de nomenclatuur (wijzigingen in de omschrijving van prestaties, toevoegen of verwijderen van prestaties¹⁰⁴).

De overeenkomstencommissies verpleegkundigen is samengesteld uit 8 leden voorgesteld door de representatieve beroepsorganisaties van verpleegkundigen en 8 leden voorgesteld door de ziekenfondsen¹⁰⁶.

Op basis van die voorstellen of adviezen **beslist het Verzekeringscomité** van de Dienst voor geneeskundige verzorging over wijzigingen en aanpassingen van de nomenclatuur, mits goedkeuring op budgettair vlak door de Algemene raad en na advies van de Commissie voor begrotingscontrole.

De minister van Sociale Zaken, die zelf wijzigingen kan voorstellen of weigeren, kondigt die beslissingen daarna af per koninklijk besluit dat in werking treedt na bekendmaking in het Belgisch Staatsblad (B.S.).

Het verzekeringscomité is samengesteld uit vertegenwoordigers van¹⁰⁷:

- de verzekeringsinstellingen (mutualiteiten); elke verzekeringsinstelling heeft recht op ten minste één vertegenwoordiger
- de representatieve organisaties van de geneesheren en van de tandheekkundigen
- de officina-apothekers, de ziekenhuisapothekers en de apothekers-biologen
- de beheerders van onder andere de verplegingsinrichtingen, verzorgingsinstellingen, rustoorden, inrichtingen voor revalidatie en herscholing
- de kinesitherapeuten, verpleegkundigen en paramedische medewerkers
- de representatieve werkgeversorganisaties, van de representatieve werknemersorganisaties en van de representatieve organisaties van de zelfstandigen (alleen raadgevende stem).



De respectieve Technische raden bestaan uit vertegenwoordigers van de zorgverleners en verzekeringsinstellingen (V.I.). Eén lid van de DGEC, aangeduid door de Leidend ambtenaar van de Dienst, neemt deel aan de vergaderingen met raadgevende stem¹⁰⁵.

104. GVV-wet, art. 27 3^o lid.

105. GVV-wet, art. 28 § 1.

106. K.B. van 03-07-1996, art. 17.

107. GVV-wet, art. 21 § 1 1^e lid.

IV. De nomenclatuur van de verpleegkundige verzorging

1. Indeling van de verpleegkundige verstrekkingen

§ 1 van artikel 8 geeft een opsomming van de verpleegkundige verstrekkingen. De verstrekkingen worden door de volgende parameters bepaald.

a. De plaats / moment waarop deze verstrekkingen worden verricht

Er zijn 5 categorieën, aangeduid als:

- **Cat. 1:** verstrekkingen verleend in de woon- of verblijfplaats van de rechthebbende op gewone werkdagen
- **Cat. 2:** verstrekkingen verleend in de woon- of verblijfplaats van de rechthebbende tijdens het weekend of op een feestdag
- **Cat. 3:** verstrekkingen verleend hetzij in de praktijkkamer van de verpleegkundige, hetzij in een hersteloord
- **Cat. 3 bis:** verstrekkingen verleend in een tijdelijke of definitieve gemeenschappelijke woon- of verblijfplaats van mindervaliden
- **Cat. 4:** Verstrekkingen verleend in een dagverzorgingscentrum voor bejaarden.



Als woon- of verblijfplaats van de rechthebbende wordt beschouwd de eigen woonplaats, maar ook thuis bij familie of kennissen of op een openbare plaats.

b. De aard van de verstrekking

Er zijn acht rubrieken, aangeduid door de Romeinse cijfers **I-VIII**:

- **Rub. I:** Verpleegkundige verzorgingszitting: onderverdeeld in:
 - A) Basisverstrekking
 - B) technische verpleegkundige verstrekkingen (cat. 1° tot 4°)
- **Rub. II:** Forfaitaire honoraria per verzorgingsdag voor zwaar zorgafhankelijke patiënten (cat. 1° tot 3°bis)
- **Rub. III:** Specifieke technische verpleegkundige verstrekkingen (cat. 1° tot 3°bis)
- **Rub. IV:** Forfaitaire honoraria per verzorgingsdag voor palliatieve patiënten (cat. 1° en 2°)
- **Rub. V:** Supplementair honorarium per verzorgingsdag voor palliatieve patiënten (cat. 1° en 2°)
- **Rub. VI:** Forfaitaire honoraria voor verstrekkingen aan diabetespatiënten (cat. 1° en 2°)
- **Rub. VII:** Verpleegkundig consult
- **Rub. VIII:** vergoeding herhaalde verstrekkingen (cat. 1° tot 3° bis).

Aanrekenen van de verstrekkingen in functie van de categorieën				
	1° thuis - weekdagen	2° thuis WE + feestdagen	3° dispensarium/ mindervaliden/ hersteloord	4° dagcentra bejaarden
I. Basis + technische	ja	ja	ja	ja
II. Forfaits	ja	ja	ja	neen
III. Specifieke technische	ja	ja	ja	neen
IV. Palliatief	ja	ja	neen	neen
V. Supplementair palliatief	ja	ja	neen	neen
VI. Diabetes	ja	ja	neen	neen
VII. Verpleegkundige. consult	ja	neen	neen	neen
VIII. Vergoeding herhaaldelijke verstrekkingen	ja	ja	neen	neen

2. Toepassingsregels

In de §§ 2 tot 12 vind je de toepassingsregels waarvan sommigen betrekking hebben op alle prestaties, sommigen op bepaalde rubrieken of categorieën, anderen slechts op enkele prestaties.

Rubriek - Aard verstrekking		Toepassings-regels (art. 8)
I.	Verpleegkundige verzorgingszitting	§ 4, § 6 (toiletten), § 8 (wondzorg)
II.	Forfaitaire honoraria per verzorgingsdag voor zwaar zorgafhankelijke patiënten	§ 5
III.	Specifieke technische verpleegkundige verstrekkingen	§ 9
IV.	Forfaitaire honoraria per verzorgingsdag voor palliatieve patiënten	§ 5
V.	Supplementair honorarium per verzorgingsdag voor palliatieve patiënten	§ 5bis
VI.	Forfaitaire honoraria voor verstrekkingen aan diabetespatiënten	§ 5ter
VII.	Verpleegkundig consult	§ 4bis
VIII.	Vergoeding herhaaldelijk verstrekkingen	§ 5quater

a. Toepassingsregels voor alle verstrekkingen vind je in:

- § 2 voor nadere bepalingen betreffende het voorschrift
- § 3 voor de omstandigheden waarin geen honoraria verschuldigd zijn
- § 7 voor de aanvraag- en kennisgevingsprocedure
- § 11 voor de vergoedbaarheid van verstrekkingen die niet of slechts gedeeltelijk zijn uitgevoerd door een bevoegde persoon
- § 12 voor handelingen gedelegeerd aan zorgkundigen.

b. Toepassingsregels per rubriek of per categorie staan in:

- § 4 geeft nadere bepalingen met betrekking tot rubriek I (de verpleegkundige verzorgingszitting + verpleegdossier)
- § 4bis geeft nadere bepalingen betreffende rubriek VII (verpleegkundig consult)
- § 5 geeft nadere bepalingen met betrekking tot rubriek II (forfaitaire honoraria per verzorgingsdag voor zwaar zorgafhankelijke zieken) en rubriek IV
- § 5bis geeft nadere bepalingen met betrekking tot rubriek IV en V (forfaitaire honoraria per verzorgingsdag voor palliatieve patiënten)

- § 5^{ter} geeft nadere bepalingen met betrekking tot rubriek VI (forfaitaire honoraria voor verstrekkingen aan diabetespatiënten)
- § 5^{quater} voor rubriek VIII (vergoeding herhaalde verstrekkingen)
- § 9 geeft nadere bepalingen met betrekking tot rubriek III (Specifieke technische verstrekkingen)
- § 10 geeft nadere bepalingen met betrekking tot de verstrekkingen die uitgevoerd worden tijdens het weekend of op een feestdag in de woon- of verblijfplaats van de rechthebbende (categorie 2°).

c. Toepassingsregels voor één welbepaalde verstrekking staan in:

- § 6 geeft nadere bepalingen betreffende toiletten
- § 8 geeft nadere bepalingen betreffende wondzorg
- § 8^{bis} bepaalt in welke omstandigheden je het voorbereiden en toedienen van medicatie aan chronisch psychiatrische patiënten mag aanrekenen
- § 8^{ter} voor de wekelijkse voorbereiding van geneesmiddelen.

3. Vermelding van pseudocodes

De NGV¹⁰⁸ stipuleert dat je de pseudocodes moet vermelden die overeenstemmen met de verstrekkingen uitgevoerd in het kader van een forfait (A, B, C, PA, PB, PC of PN) of van een supplement. De pseudocodes zijn zeer belangrijke elementen bij de evaluatie van het forfaitsysteem, in het bijzonder voor de verzorging van palliatieve patiënten.

Wanneer je de derdebetalersregeling toepast, moet je die pseudocodes vermelden op de magnetische dragers bezorgd aan de verzekeringsinstellingen.

In geval van rechtstreekse betaling, moet je die pseudocodes vermelden op een formulier dat je bij het getuigschrift van verstrekte hulp moet voegen.



Meer informatie: www.riziv.be, Professionals > Zorgverleners: Verpleegkundigen > Formulieren voor de verpleegkundigen > Formulier: bijlage 04 – Verordening geneeskundige verzorging van 28 juli 2003.

108. NGV, art. 8 § 5 3° c) en § 5bis 5° d).

V. Bijkomende bepalingen bij de toepassing van de nomenclatuur

1. Is een voorschrift noodzakelijk en aan welke vereisten moet het voldoen?

a. Noodzaak van het voorschrift

Voor **alle** verpleegkundige verstrekkingen uitgevoerd in het kader van de nomenclatuur is een voorschrift nodig behalve voor de volgende verstrekkingen:

- het toilet (ook in het kader van de forfaitaire honoraria)
- het bezoek van een referentieverpleegkundige bij specifieke wondzorg
- het toezicht op een wonde met bioactief verband gedurende de periode waarvoor het verzorgen van een wonde is voorgeschreven
- het verpleegkundig consult.

b. Vereisten aan dewelke het voorschrift moet voldoen

Het voorschrift moet¹⁰⁹:

- de identiteit van de patiënt vermelden: naam, voornaam, adres, hoedanigheid, inschrijvingsnummer
- de identiteit van de voorschrijver vermelden (naam, adres, RIZIV-nummer)
- ondertekend worden door de voorschrijver (manueel)
- gedagtekend zijn.

Bepalingen betreffende het voorschrift¹¹⁰:

- het voorschrift vermeldt de aard, het aantal en de frequentie van de te verlenen verstrekkingen. Het moet de nodige gegevens bevatten om de aangerekende verzorging te kunnen identificeren (dus alleen de vermelding van het nomenclatuurnummer is niet voldoende)
- voorschriften voor het toedienen van geneesmiddelen en medicamenteuze oplossingen moeten bovendien de aard en de dosis van de toe te dienen producten vermelden
- voor de bereiding en toediening van medicatie aan chronische psychiatrische patiënten (425736, 425751) dient niet het aantal verstrekkingen maar de periode van toediening worden vermeld (maximaal één jaar per voorschrift)
- voorschriften voor het toedienen van enterale en parenterale voeding of van perfusies moeten bovendien het debiet en de hoeveelheid per 24 uur vermelden
- voorschriften voor wondzorg vermelden volgende bijkomende informatie:
 - een omschrijving van de wonde
 - de maximale frequentie van de verzorging
 - de posologie van de toe te dienen geneesmiddelen
 - de periode waarover de wonde moet verzorgd worden.



De verpleegkundige mag nooit zelf wijzigingen aanbrengen aan het voorschrift!

109. VGV, bijlage 32.

110. NGV, art. 8 § 2.

c. Gevolgen van een ongeldig voorschrift

Een geldig voorschrift is een **vergoedingsvoorwaarde**. Je doet er dan ook goed aan het onvolledige voorschrift voor verbetering aan te bieden aan de voorschrijver.

Voor de voorschrijver: wanneer de zorgverlener, de administratieve of medische documenten niet heeft opgesteld in overeenstemming met de wettelijke bepalingen voorziet de wet een geldboete (50 EUR tot 500 EUR)¹¹¹.

d. Geldigheidsduur van een voorschrift.

Er is geen beperking voorzien in de geldigheidsduur van een voorschrift verpleegkundige zorgen.

2. Mag je verstrekkingen aanrekenen verleend in een ziekenhuis?

Je mag geen verstrekkingen aanrekenen verleend aan een gehospitaliseerde patiënt.

3. Mag je verstrekkingen aanrekenen verleend in verzorgingsinstellingen?

Je mag geen verstrekkingen aanrekenen verleend aan patiënten die verblijven in de instellingen:

- rust- en verzorgingstehuizen (RVT), psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT) en centra voor dagverzorging (CDV) die door de bevoegde overheid erkend zijn¹¹²
- rustoorden voor bejaarden (ROB) die door de bevoegde overheid erkend zijn.

Je mag trouwens ook geen verzorging aanrekenen die werd verleend in instellingen die, zonder als rustoord te zijn erkend, een gemeenschappelijke woonplaats of verblijfplaats van bejaarden uitmaken¹¹³.

4. Mag je verstrekkingen aanrekenen verleend in serviceflats?

Verstrekkingen verleend aan bejaarden die verblijven in een woningcomplex met dienstverlening (serviceflats) mogen alleen aangerekend worden indien het complex door het RIZIV is erkend.

111. GvU-wet, art. 142 § 1 7°.

112. GvU-wet, de instellingen vernoemd in art. 34 11°.

113. GvU-wet, art. 34 12° in betrekking van K.B. van 19-12-1997.

5. Mag je verstrekkingen aanrekenen verleend tijdens een bezoek of raadpleging of technische verstrekking van een arts ?

Je mag deze verzorging niet aanrekenen aangezien ze integraal deel uitmaakt van de raadpleging, het bezoek of de technische verstrekking.

6. Mag je aan de ziekteverzekering verstrekkingen aanrekenen die door een andere verzekering zijn gedekt?

Je mag aan de ziekteverzekering geen verstrekkingen aanrekenen die vergoedbaar zijn volgens een andere Belgische wetgeving, een vreemde wetgeving of het gemeen recht¹¹⁴. Je moet de betaling vragen aan de patiënt of aan een derde.

In sommige gevallen kan de ziekteverzekering de terugbetaling van de verstrekkingen echter wel aan de patiënt of aan jou voorschieten,



Voorbeelden

- bij arbeidsongevallen, wanneer het arbeidsongeval nog niet werd erkend
- bij ongevallen van gemeen recht, wanneer de verantwoordelijkheid van derden nog niet is vastgesteld.

De ziekteverzekering kan de bedragen nadien terugvorderen bij de desbetreffende verzekering (subrogatierecht)¹¹⁵.

Zijn de vergoedingen volgens die wetgeving of het gemeen recht echter lager dan de vergoedingen van de ziekteverzekering, dan is het verschil ten laste van de ziekteverzekering.

7. Mag je verstrekkingen aanrekenen aan de ziekteverzekering die verricht werden in het buitenland?

Je kan geen verstrekkingen aanrekenen aan de ziekteverzekering die werden:

- uitgevoerd bij een rechthebbende die zich niet werkelijk op Belgisch grondgebied bevindt
- verricht buiten het Belgische grondgebied, tenzij anders bepaald¹¹⁶.

Een bijzondere regeling is van toepassing in grensgemeenten.

114. GVVU-wet, art. 136 § 2.

115. GVVU-wet, art. 136 § 2 4^o lid.

116. GVVU-wet, art. 136 § 1.

8. Mag je verstrekkingen aanrekenen die geheel of gedeeltelijk zijn verricht door niet bevoegde personen?

Je mag deze verstrekkingen niet aanrekenen, gedeeltelijk of helemaal, zelfs indien ze werden uitgevoerd in je aanwezigheid. Bijstand van derden mag je slechts inroepen indien de toestand van de patiënt deze hulp noodzakelijk maakt¹¹⁷.

9. Mag je handelingen aanrekenen die werden uitgevoerd door zorgkundigen?

De structurele equipes voor thuisverpleegkunde kunnen zorgkundigen opnemen in hun groep en hen bepaalde zorgtaken delegeren¹¹⁸.



Meer informatie: www.riziv.be, Professionals > Zorgverleners: Verpleegkundigen > Een zorgkundige opnemen in uw equipe van thuisverpleegkundigen.

VI. Het verpleegdossier

1. Moet je voor elke patiënt een verpleegdossier opstellen?

Je moet voor elke patiënt een verpleegdossier¹¹⁹ bijhouden om recht te hebben op vergoeding voor verstrekkingen die u verleende.

Er zijn geen honoraria verschuldigd zijn als¹²⁰:

- het verpleegdossier niet bestaat
- de minimale inhoud niet is vermeld.

Het bijhouden van een volledig verpleegdossier per patiënt is dus een vergoedingsvoorwaarde.

2. Welke gegevens moet het verpleegdossier bevatten?

Voor het verpleegdossier is een minimale inhoud vereist.

Planning en evaluatie verschillen naargelang van het type verleende verstrekking¹²¹.

Er zijn geen formele vereisten wat betreft de vorm van het verpleegdossier. Dat kan eventueel een elektronisch bestand zijn.

117. NGV, art. 8 § 11.

118. NGV, art. 8 § 12.

119. NGV, art. 8 § 4 2°.

120. NGV, art. 8 § 3 5°.

121. K.B. van 18-06-1990, art. 3.

3. Hoe lang moet je het verpleegdossier bewaren?

Je moet het verpleegdossier gedurende tenminste vijf jaar bewaren.

4. Wie is verantwoordelijk voor het verpleegdossier?

De verpleegkundige die de zorgen verleend is verantwoordelijk voor het verpleegdossier.

Indien het verpleegdossier van dezelfde patiënt door verschillende verpleegkundigen samen wordt bijgehouden, is elke verpleegkundige verantwoordelijk voor het bijhouden van de elementen uit het dossier die verband houden met de door hem/haar verleende verzorging.



Meer informatie: www.riziv.be, Professionals > Zorgverleners: Verpleegkundigen > Verstrekkingen door verpleegkundigen > Het verpleegdossier.

VII. Toelichtingen bij de verpleegkundige verstrekkingen

1. Is het aantal zittingen die per dag aangerekend mogen worden beperkt?

Je mag normaal maar één zitting per dag aanrekenen. Alleen wanneer de verzorging over verschillende verzorgingszittingen gespreid moet worden om medische redenen, vermeld op het voorschrift mag je van deze regel afwijken.

2. Is het aantal verstrekkingen die per zitting aangerekend mogen worden beperkt?

Je mag aanrekenen:

- eenmaal per verzorgingszitting:
 - de verstrekkingen vermeld in § 4 4°
 - de technische verpleegkundige verstrekkingen (rubriek I. B van 1° tot 4°)
- de verstrekkingen met het hoogste tarief indien tijdens een zitting meerdere verstrekkingen “wondzorg” worden verricht¹²²
- tijdens eenzelfde zitting, de verstrekkingen 425375, 425773, 426171 met de verstrekkingen 423113, 423312, 423415 indien de injectieplaats verschillend is¹²³.

122. NGV, art. 8 § 8 8°.

123. NGV, art. 8 interpretatieregel 1.

Tijdens eenzelfde zitting mag je geen:

- verstrekkingen “eenvoudige en complexe wondzorg” aanrekenen samen met het bezoek van een referentieverpleegkundige specifieke wondzorg
- verstrekkingen:
 - toezicht op wonde met bioactief verband
 - aanbrengen van zalf of van een geneeskrachtig product
 - aanbrengen van oogdruppels en/of oogzalf
 - aanbrengen van bandages
 - voorbereiding en toediening van medicatie bij chronische psychiatrische patiënten ...

aanrekenen samen met enige andere verstrekking van dit artikel, behalve een basisverstrekking¹²⁴.



Meer informatie: www.riziv.be > Nomenclatuur > Tekst van de nomenclatuur.

3. Is het aantal verstrekkingen die voor één patiënt per dag aangerekend mogen worden beperkt?

Je mag aanrekenen:

- bij zwaar zorgafhankelijke patiënten al dan niet palliatief:
 - éénmaal per dag het forfait A, B, C, PA, PB, PC en dit moet minstens één toilet bevatten
 - samen met de volgende verstrekkingen:
 - de specifieke technische verstrekkingen (rubriek III)
 - het verpleegkundig consult (rubriek VII)
 - het bezoek van een referentieverpleegkundige bij specifieke wondzorg
 - alle forfaitaire honoraria voor verstrekkingen aan diabetespatiënten (rubriek VI) bij de niet palliatieve patiënt
 - de forfaitaire honoraria voor opvolging van de diabetes patiënt (423216, 423231, 423334) bij de palliatieve patiënt
 - eenmaal per dag het supplement PN (forfaitaire vergoeding voor de technische verstrekkingen die niet zijn opgenomen zijn in rubriek I B en III). Wanneer het hierboven vermelde dagplafond bij de palliatieve patiënt wordt bereikt, wordt het dagplafond en het PN forfait vervangen door het forfaitaire honorarium PP
 - de verstrekkingen 428035, 428050, 428072 en 429273, vanaf het 3^e, 4^e en 5^e bezoek aan dezelfde patiënt op dezelfde verzorgingsdag. Enkel de zorgverlener die de verstrekking effectief heeft uitgevoerd kan het 3^e, 4^e en 5^e bezoek eenmaal per verzorgingsdag aanrekenen¹²⁵
- voor niet zwaar zorgafhankelijke patiënten:
 - een maximaal bedrag (dagplafond) voor de verschillende verstrekkingen uit rubriek I A + B van 1^o tot 4^o, ongeacht of ze tijdens meerdere verzorgingszittingen of door verschillende verpleegkundigen werden verleend. Hierbij wordt geen rekening gehouden met het bezoek van een referentieverpleegkundige bij specifieke wondzorg¹²⁶

124. NGV, art. 8 § 8 8^o.

125. NGV, art. 8 § 5 *quater*.

126. NGV, art. 8 § 4 6^o.

- samen met de verpleegkundige verzorgingszitting (of het dagplafond)
 - de specifieke technische verpleegkundige verstrekkingen (rubriek III)
 - het bezoek van een referentieverpleegkundige bij specifieke wondzorg met uitzondering van de verstrekkingen “eenvoudige en complexe wondzorg die niet gecumuleerd mogen worden tijdens dezelfde zitting met het bezoek van de referentieverpleegkundige.
 - het verpleegkundig consult (rubriek VII)
 - alle forfaitaire honoraria voor verstrekkingen aan diabetespatiënten (rubriek VI) bij de niet palliatieve patiënt
 - de forfaitaire honoraria voor opvolging van de diabetes patiënt (423216, 423231, 423334) bij de palliatieve patiënt
 - het supplementaire honorarium PN dat bij de palliatieve patiënt eenmaal per verzorgingsdag mag aangerekend worden.

Je mag maar eenmaal per dag specifieke **technische verpleegkundige verstrekkingen** (rubriek III) aanrekenen. Enkel verstrekking 425375 is **forfaitair** en vereist een kennisgeving aan de adviserend geneesheer van het ziekenfonds. Je kan echter die verstrekkingen cumuleren met andere verstrekkingen van art. 8 van de NGV, met uitzondering van de verstrekkingen uit artikel 8 § 8 8° die maar kunnen gecumuleerd worden met een basisverstrekking op één en dezelfde zitting (zie beperking aantal verstrekkingen per zitting VI. 2. hiervoor).

Je mag het **verpleegkundig consult** (rubriek VII) cumuleren met alle verstrekkingen. Deze verstrekking komt immers niet in aanmerking voor het aanrekenen van een basisverstrekking.

4. Onder welke voorwaarden mag je een basisverstrekking aanrekenen?

Je mag de basisverstrekking aanrekenen als je:

- een volledig verpleegdossier opmaakt en bijhoudt
- minstens één technische verpleegkundige verstrekking verricht uit rubriek I B (bezoek van een referentieverpleegkundige bij specifieke wondzorg niet mee gerekend) of je hebt minstens een specifiek verpleegkundige verstrekking uit rubriek III verricht.

5. Onder welke voorwaarden mag je een van de forfaits uit rubriek II (zwaar zorgafhankelijke patiënten) of IV (palliatieve patiënten) aanrekenen?

Je moet:

- op basis van de evaluatieschaal van de fysische afhankelijkheid¹²⁷ bepalen welk forfait je mag aanrekenen. (Katzschaal, zie punt 18 hieronder)
- minstens één toilet per verzorgingsdag uitvoeren met uitzondering van het forfait PP
- een verpleegdossier bijhouden
- naast het nomenclatuurnummer van het forfait ook de pseudocodenummers vermelden die overeenstemmen met de uitgevoerde verstrekkingen¹²⁸

127. NGV, art. 8 § 5.

128. NGV, art. 8 § 5 3°.

- voor de forfaits C en PC tenminste twee bezoeken hebben gebracht per verzorgingsdag, waarvan minstens 1 met toilet
- een aanvraag indienen bij de adviserend geneesheer¹²⁹.

Voor de forfaits voor palliatieve patiënten zijn bijkomende voorwaarden voorzien (zie punt 6).

Het forfait wordt aangerekend door de verpleegkundige die de eerste verstrekking van de dag uitvoert.



Meer informatie: www.riziv.be, Professionals > Zorgverleners: Verpleegkundigen > Verstrekkingen door verpleegkundigen > Vergoeding voor opeenvolgende bezoeken bij zorgafhankelijke patiënten.

6. Onder welke bijkomende voorwaarden mag je de specifieke verstrekkingen voor palliatieve patiënten uit rubriek IV en V aanrekenen?

Naast de voorwaarden vermeld in punt 5 hiervoor, moet je:

- uiterlijk binnen de 10 kalenderdagen na de aanvang van de behandeling een elektronisch kennisgevingsformulier voor palliatieve patiënt sturen aan de adviserend geneesheer
- een permanente opvang van de patiënt verzekeren (24 uur/24, 7 dagen op 7)
- op elk moment een beroep kunnen doen op een referentieverpleegkundige die kennis heeft inzake palliatieve verzorging
- gegradueerd of gebrevetteerd zijn
- het verpleegkundig dossier aanvullen met de volgende informatie:
 - registratie van de symptomen
 - pijnschaal
 - contacten met de familie van de patiënt
 - resultaten van de coördinatievergaderingen
- voor elk forfait moet je de pseudocodenummers vermelden die overeenstemmen met de verstrekkingen die je tijdens de verzorgingsdag hebt verleend
- je ervan verzekeren dat de behandelende arts het formulier “Medisch advies” heeft ingevuld en naar de adviserend geneesheer van het ziekenfonds heeft gestuurd.

Je kan die verstrekking enkel aanrekenen voor een palliatieve patiënt die thuis verblijft

Zie 3^e Deel, IX. “Palliatieve thuispatiënt”.

7. Onder welke voorwaarden mag je de specifieke verstrekkingen voor de diabetespatiënt uit rubriek VI aanrekenen?

Je mag die verstrekkingen aanrekenen volgens de hierna vermelde bepalingen:

- het opvolgingshonorarium voor de begeleiding van een diabetespatiënt die niet overschakelt op zelfzorg (423231; 423334):
 - je mag het eenmaal per dag aanrekenen voor die dagen dat je de patiënt een insuline inspuiting toedient
 - je moet de verpleegkundige opvolging verzekeren volgens een door de behandelende arts goedgekeurd verpleegplan in overeenstemming met de vastgelegde richtlijnen
 - het forfaitaire honorarium voor de opmaak van het specifiek diabetes dossier (423135):
 - je mag het eenmaal aanrekenen en alleen indien je de vaste verpleegkundige (= indien je doorgaans de patiënt verzorgt en inspuit) bent
 - je mag het niet aanrekenen bij patiënten bij wie een palliatief forfait of supplement wordt aangerekend
 - je dient voorafgaandelijk overleg te plegen met de behandelende arts over de doelstellingen van de verpleegkundige zorg meer in het bijzonder over de indicatie tot diabeteseducatie
 - je moet in het diabetes dossier minstens de volgende elementen vermelden:
 - de gestandaardiseerde verpleegkundige anamnese
 - de verpleegproblemen en verpleegkundige diagnoses
 - de concrete verpleegplanning, inclusief het educatieprogramma en opvolging v/d patiënt
 - de doelstellingen inzake diabeteseducatie en opvolging die je met de behandelende arts hebt vastgelegd
- het forfaitair honorarium voor individuele educatie tot zelfzorg door een referentieverpleegkundige (423150):
 - je mag het eenmaal aanrekenen en alleen indien je erkend bent als referentieverpleegkundige inzake diabetes
 - de educatie moet minstens 5 uur duren (minimum 30 minuten per zitting) en moet beantwoorden aan de vastgestelde richtlijnen
 - je moet zowel in het dossier van de referentieverpleegkundige als de vaste verpleegkundige een verslag met evaluatie van elke educatiezitting bewaren
 - je moet de resultaten van het educatieprogramma aan de behandelende arts overmaken
 - je mag het niet aanrekenen bij patiënten bij wie een palliatief forfait of supplement wordt aangerekend of bij wie ooit de verstrekking 423231/423334 werd aangerekend
- het forfaitair honorarium voor de aanwezigheid van de vaste verpleegkundige bij individuele educatie tot zelfzorg (423172):
 - je mag het éénmaal aanrekenen en alleen indien je minstens twee educatiezittingen hebt bijgewoond waaronder de laatste zitting
 - je mag het niet aanrekenen bij patiënten bij wie een palliatief forfait of supplement wordt aangerekend

- het forfaitair honorarium voor individuele educatie tot inzicht door de vaste of een referentie-verpleegkundige (423194):
 - je mag het éénmaal aanrekenen, als vaste verpleegkundige of als referentieverpleegkundige
 - de educatie moet minstens 2 uur duren (minimum 30 minuten per zitting) en moet beantwoorden aan de vastgestelde richtlijnen
 - je moet van elke zitting een verslag met evaluatie bewaren in het verpleegdossier
 - je mag het niet aanrekenen bij patiënten bij wie een palliatief forfait of supplement wordt aangerekend
- het forfait voor de opvolging van een diabetespatiënt na de educatie tot zelfzorg (423216):
 - je mag het slechts aanrekenen nadat de individuele educatie tot zelfzorg door een referentieverpleegkundige heeft plaatsgevonden (aanrekening van het nomenclatuurnummer 423150)
 - je moet voorafgaandelijk de verpleegkundige opvolging bespreken met de behandelende arts
 - je moet de verpleegplanning opnemen in het specifiek diabetesdossier
 - je mag het slechts tweemaal per kalenderjaar aanrekenen
 - je mag het niet aanrekenen bij patiënten bij wie ooit de verstrekking 423231/423334 werd aangerekend.

 De verstrekkingen in verband met diabeteseducatie (423150, 423172, 423194 en 423216) mag je niet aanrekenen bij de patiënt die ingeschreven is in een programma voor zelfregulatie van diabetes, behalve indien hij/zij tegelijkertijd beantwoordt aan de voorwaarden vermeld in § 5ter 3°.

Samenvattende tabel					
Nomenclatuurnummer	Vaste VPK*	Referentie VPK*	Conventie zelfregularisatie	Palliatief	Bijkomende vereisten
423135 opmaak dossier in overleg met arts (1x per patiënt)	ja	neen	Ja	neen	Specifiek dossier Anamnese/diagnose Planning Overleg arts
423150 educatie tot zelfzorg (1x per patiënt)	neen	ja	neen	neen	Cfr. Referentie VPK
423172 aanwezigheid vaste VPK bij educatie tot zelfzorg	ja	neen	neen	neen	Vaste VPK minstens 2x aanwezig waaronder laatste sessie
423194 educatie tot inzicht 1x per patiënt	ja	ja	neen	neen	Cfr. Referentie VPK
423216 opvolging na educatie tot zelfzorg max. 2x/jaar	ja	ja	neen	ja	Afspraken met arts Planning in specifiek verpleegdossier 423150 werd aangerekend
423231 (423334 tijdens WE) opvolging zonder zelfzorg	ja	ja	ja	ja	Door arts goedgekeurd en geactualiseerd verpleegplan Geen 423150 of 423216 meer aanrekenen
* Verpleegkundige					

 Meer informatie over de erkenning van de referentieverpleegkundige en de richtlijnen betreffende het specifiek diabetesdossier en diabeteseducatie: www.riziv.be, Professionals > Zorgverleners: Verpleegkundigen > Referentieverpleegkundigen inzake wondzorg en diabetologie > Richtlijnen met betrekking tot de forfaitaire honoraria voor verstrekkingen aan diabetespatiënten.

8. Onder welke voorwaarden mag je de verstrekking “Verpleegkundig advies en overleg in functie van de wekelijkse voorbereiding van de geneesmiddelen per os met akkoord van de behandelend arts” aanrekenen (424896)?

Je mag die verstrekking enkel aanrekenen voor de verzorging van personen die hetzij:

- inadequate therapietrouw vertonen vanwege dementie
- een niet gecorrigeerd visueel gebrek hebben
- tijdelijke of definitieve motorische gebreken vertonen van een of beide bovenste ledematen
- een complexe medicatie moeten innemen.



Een **complexe medicatie** omvat de inname van minimum 5 verschillende moleculen per dag verdeeld over minimum 3 innames per dag. De medicatie¹³⁰ die integreerbaar is in een medicatiedoos, pillendoos of een equivalent recipiënt voor een week omvat:

- elke enkelvoudige of samengestelde substantie, aangediend als hebbende therapeutische of profylactische eigenschappen
- elke enkelvoudige of samengestelde substantie die bij de mens kan worden gebruikt of aan de mens kan worden toegediend om hetzij fysiologische functies te herstellen, te verbeteren of te wijzigen door een farmacologisch, immunologisch of metabolisch effect te bewerkstelligen, hetzij om een medische diagnose te stellen.

De verstrekking, aan 100% vergoed, omvat:

- de intellectuele acte voor de wekelijkse voorbereiding van geneesmiddelen per os
- opstellen van een verpleegkundige diagnostiek
- het overleg met de behandelend arts.

Je moet een formulier invullen¹³¹, dat laten ondertekenen voor akkoord door de behandelende arts en het bewaren in het verpleegdossier.

Je mag het:

- gedurende eenzelfde zitting met alle verstrekkingen van artikel 8 cumuleren behalve wanneer je forfaits aanrekent
- maximum eenmaal per patiënt en per kalenderjaar aanrekenen
- uitvoeren zonder voorschrift.

130. Geneesmiddelenwet van 25-03-1964, art. 1.

131. VGV, bijlage 81.

9. Onder welke voorwaarden kan je de wekelijkse voorbereiding van de geneesmiddelen per os aanrekenen (424874)?

Je mag de verstrekking aanrekenen:

- na aanrekening van verstrekking 424896
- éénmaal per week en per patiënt gedurende maximum een jaar. De week strekt zich uit van maandag 0 uur tot zondag 24 uur
- tijdens eenzelfde zitting samen met alle verstrekkingen van artikel 8, behalve gedurende een week waarin je forfaits aanrekent
- op voorwaarde dat de behandelende arts zijn goedkeuring heeft gegeven en het formulier ondertekent, vermeld in punt 8 hiervoor, dat je op voorhand hebt ingevuld. Dat formulier moet je bewaren in het dossier van de patiënt.

De verstrekking omvat het klaarzetten, gesorteerd per dag, in een medicatiedoos, pillendoos of een equivalent recipiënt van alle geneesmiddelen die de patiënt gedurende een week oraal inneemt.



Meer informatie: www.riziv.be, Professionals > Zorgverleners: Verpleegkundigen > Verstrekkingen door verpleegkundigen > Wekelijkse voorbereiding van medicatie per os aanrekenen.

10. Onder welke voorwaarden mag je toiletten aanrekenen?

a. Algemene bepalingen



Het **toilet** omvat alle verpleegkundige verzorging met betrekking tot het geheel van de hygiëne, preventie inbegrepen; het wordt desgevallend vervolledigd door mobilisatie van de patiënt.

Je moet steeds de adviserend geneesheer informeren (zie punt 17 hieronder).

Je mag toiletten alleen maar aanrekenen indien je patiënt tenminste een score van 2 haalt op het criterium “zich wassen”.

Je mag nooit meer dan één toilet per dag per patiënt aanrekenen.

Voor de vaststelling van de wekelijkse frequentie van de toiletten strekt een week zich uit van maandag 0 tot zondag 24 u.



Voor een toilet dat zich enkel beperkt tot de intieme delen, mag je geen toilet aanrekenen.



Meer informatie: www.riziv.be, Professionals > Zorgverleners: Verpleegkundigen > Verstrekkingen door verpleegkundigen > Een intiem toilet aanrekenen.

b. Maximum aantal vergoedbare toiletten

Het aantal vergoedbare toiletten wordt **uitsluitend** bepaald op basis van de evaluatieschaal van de “fysische afhankelijkheidstoestand” (katzschaal) vermeld in § 5.



De verstrekkingen 424874 en 424896 worden niet in aanmerking genomen voor de berekening van het dagplafond.

Het aantal hangt dus niet af van bvb. het voorschrift van een arts of de wens van de patiënt of zijn omgeving¹³².



Indien u meer toiletten uitvoert dan toegelaten door de evaluatieschaal, zijn de overblijvende toiletten ten laste van de patiënt.

Het **maximum** aantal toiletten bedraagt:

- **twee toiletten per week** (niet op zaterdag, zondag en feestdagen!): minstens een score 2 op het criterium “zich wassen”
- **een toilet per dag** indien de patiënt een:
 - minimum score 2 heeft op “zich wassen” **en** “zich kleden” **en** voor het criterium “continentie” een score van 3 of meer of een score van 2 als gevolg van de combinatie van nachtelijke urine-incontinentie en occasionele urine-incontinentie overdag
 - minimum score 2 heeft op “zich wassen” **en** “zich kleden” **en** desoriëntatie in tijd en ruimte (gestaafd door een medisch attest opgesteld volgens het voorziene model¹³³)
 - score 4 heeft voor criteria “zich wassen” **en** “zich kleden”.

Tabel : Aantal vergoedbare toiletten per week in functie van minimale score Katzschaal

Zich wassen	Zich kleden	Transfer en verplaatsing	Toiletbezoek	Continentie	Eten	Aantal toiletten/ week
2				2 voor nachtelijk + occasioneel overdag		2
2	2					7
2	2			3 ou 4		7
2	2	+ getuigschrift gedesoriënteerd in tijd en ruimte				7
4	4					7

11. Onder welke voorwaarden mag je de verstrekkingen voor specifieke wondzorg aanrekenen?

Die voorwaarden zijn:

- de aard van de wonde bepaalt welke verstrekking je mag aanrekenen; de definitie van de verschillende soorten wonden staat vermeld in § 8 1°
- de verstrekking “**toezicht op bioactief verband**”: dekt de raadpleging van de verpleegkundige en de evaluatie van het verband. Mag maximaal 15 maal per maand worden aangerekend. Voor het vervangen van een bioactief verband mag je naargelang de aard van de wonde een van de verstrekkingen voor wondzorg aanrekenen (eenvoudig, complex of specifiek). Zie ook 2^e Deel, VII. 2.
- de verstrekking “**het aanbrengen van zalf of een geneeskrachtig product**” mag je slechts aanrekenen voor zona, eczema, psoriasis, wratten, dermatomycosen of voor een ander huidletsel waarvoor deze behandeling is geïndiceerd volgens de behandelende arts. Deze verstrekking mag je niet aanrekenen voor het aanbrengen van hydraterende zalf ter preventie van doorligwonden

132. NGV, art. 8 § 6 5°

133. VGV, bijlage 2.

- de verstrekking “**aanbrengen van oogdruppels en/of oogzalf in de postoperatieve fase**” mag slechts worden aangerekend in de periode van 30 dagen te beginnen met de dag waarop de oogheelkunde heeft plaats gehad
- de verstrekking “**complexe wondzorg**” mag slechts aangerekend worden op voorwaarde dat een specifiek wondzorgdossier wordt opgemaakt en bijgehouden
- de verstrekking “**specifieke wondzorg**” mag je slechts aanrekenen op voorwaarde dat:
 - je een specifiek wondzorgdossier opmaakt en bijhoudt
 - het wondoppervlak 60 cm² of meer bedraagt
 - de behandeling minstens 30 minuten duurt.
Indien de behandeling minder dan 30 min duurt, mag je de verstrekking “complexe wondzorg” aanrekenen
- de verstrekking “**bezoek van een referentieverpleegkundige bij specifieke wondzorg**” dekt alle componenten van de basisverstrekking (zie § 4 1^o, 2^o). Die verstrekking mag:
 - slechts 1 maal per maand en maximum 3 maal per jaar worden aangerekend bij eenzelfde patiënt
 - wanneer de verpleegkundige die het bezoek heeft aangevraagd aanwezig is
 - de referentieverpleegkundige een schriftelijk verslag opstelt ter attentie van de behandelende arts. Dit verslag dient toegevoegd aan het specifiek wondzorgdossier.

Deze verstrekking mag niet gecumuleerd worden tijdens dezelfde zitting met de verstrekkingen “eenvoudige wondzorg” en “complexe wondzorg”.

! Indien je tijdens dezelfde zitting meer dan één van de verstrekkingen “eenvoudige wondzorg”, “complexe wondzorg” en “specifieke wondzorg” gecombineerd verleent mag je alleen maar de verstrekking met het hoogste tarief aanrekenen.

! Wondzorg die kan worden uitgevoerd of aangeleerd aan de patiënt of zijn omgeving mag je niet aanrekenen.

www Meer informatie: www.riziv.be, Professionals > Zorgverleners: Verpleegkundigen > Referentieverpleegkundigen inzake wondzorg en diabetologie > Richtlijnen betreffende de wondzorg.

12. Onder welke voorwaarden mag je de specifieke technische verpleegkundige verstrekkingen aanrekenen?

Die voorwaarden zijn:

- de specifieke technische verstrekkingen mag je alleen aanrekenen indien je gegradueerde verpleegkundige bent of gelijkgestelde, vroedvrouw of verpleegkundige met brevet
- elk van deze verstrekkingen mag je slechts éénmaal per verzorgingsdag aanrekenen
- het voorziene honorarium dekt de verpleegkundige akte inclusief het materiaal
- voor de verstrekkingen 425375, 425773, 426171 en 429155 moet je de adviserend geneesheer¹³⁴ een kennisgeving sturen waarin je volgende elementen vermeldt:
 - het RIZIV-nummer van de verpleegkundige die de indient
 - het RIZIV-nummer van de voorschrijver
 - het inschrijvingsnummer sociale zekerheid (INSZ) van de verzekerde
 - de eind- en begindatum van de periode.

134. NGV, art. 8 § 7.

Als het type van verstrekking verwijst naar:

- plaatsing en/of toezicht op (intraveneuse of subcutane) perfusie
- toediening en/of toezicht op parenterale voeding

dan

1. moet je het verzorgingsplan ter beschikking houden van de adviserend geneesheer. Een uitgebreid medisch verslag van de behandelende arts is niet meer vereist om de verstrekkingen 425375, 425773, 426171 en 429155 te kunnen aanrekenen. Voor die laatste moet het medisch voorschrift het debiet en de hoeveelheid voor 24 uur vermelden¹³⁵
2. mag je deze verstrekkingen met alle verstrekkingen cumuleren, evenwel rekening houdend met de volgende beperkingen: wanneer tijdens een zitting één specifiek technische verstrekking wordt aangerekend mag je de volgende technische verstrekkingen niet meer aanrekenen:
 - aanbrengen van oogzalf
 - toezicht op wonde met bioactief verband
 - aanbrengen van zalf
 - aanleggen van compressieverbanden
 - voorbereiding en toediening van medicatie bij chronische psychiatrische patiënten.

 Tijdens eenzelfde verzorgingszitting kunnen de specifieke technische verpleegkundige verstrekkingen 425375, 425773 en 426171 enkel gecumuleerd worden met de plaatsing van een verblijfs catheter wanneer de injectieplaats voor beide verstrekkingen verschillend is¹³⁶. Je moet dan die verschillende injectieplaatsen vermelden in het medisch dossier.

 Je mag de vervanging van een gastrostomiesonde of een suprapubische blaaskatheter aanrekenen, op voorwaarde dat een arts de fistelvorming en de eerste vervanging heeft uitgevoerd¹³⁷.

13. Onder welke voorwaarden mag je de specifieke technische verpleegkundige verstrekkingen 427534, 427556 en 427571 aanrekenen?

Je mag de specifieke technische verpleegkundige verstrekkingen enkel aanrekenen onder de volgende voorwaarden:

- je bent een gegradueerde verpleegkundige of gelijkgestelde, een vroedvrouw, of een verpleegkundige met brevet
- de honoraria omvatten de verpleegkundige handeling, met inbegrip van het materiaal, maar dekken niet het beschermend verband
- je bezorgt een verslag aan de behandelende arts, minstens eenmaal per week. Dit kan tijdens een patiëntenbespreking, telefonisch of elektronisch
- je observeert/evalueert de toestand van de patiënt inclusief de evaluatie van de pijn. Hiervoor wordt een pijnscore bijgehouden in het verpleegdossier
- je let op de katheter met oog voor preventie infectie, dislocatie, lekkage
- je controleert de insteekplaats en de daardoor ontstane wonde en je vervangt een verband waar nodig

135. NGV, art. 8 § 2°.

136. Interpretatieregel nr. 1 v/d verpleegkunde.

137. NGV, art. 8 § 9.

- je controleert de werking van de pomp en het debiet van de voorgeschreven inhoud
- je controleert op extra bolussen
- je wijzigt de onderhoudsdosis, inclusief aanpassing van het debiet van de pijnmedicatie, op basis van een geschreven medisch voorschrift
- je wisselt het medicatiereservoir
- je doet een bijkomend bezoek tijdens een verzorgingsdag ter controle waar nodig
- je bedient de apparatuur, inclusief het heropstarten van de pomp na een alarm.



Je mag geen wondzorg aanrekenen op het niveau van de insteekplaats voor de katheter. Je moet in het verpleegdossier elke uitgevoerde wondverzorging vermelden die je dezelfde dag hebt uitgevoerd.

14. Onder welke voorwaarden mag je de codes 425375, 425773 en 426171 aanrekenen (parenterale voeding)?

Je mag die codes aanrekenen in geval van:

- plaatsen van en/of toezicht op (intraveneuze of subcutane) perfusie
- toediening van en/of toezicht op parenterale voeding (= langs intraveneuze weg)¹³⁸.

Aangezien het forfaitaire honoraria betreft, mag je die codes maar eenmaal per dag per patiënt aanrekenen.

Je mag die codes niet aanrekenen wanneer je voeding toedient via:

- maagsonde
- gastrostomiesonde
- enterostomiesonde.

In die gevallen moet je de codes 425213, 425611 en 426016 aanrekenen.

15. Onder welke voorwaarden mag je de specifieke verstrekkingen voor weekend en feestdagen aanrekenen?

Je mag die verstrekking aanrekenen indien:

- de toestand van de patiënt die noodzakelijk maakt tijdens deze periode
- je ze verricht bij de patiënt thuis¹³⁹.



Wanneer je deze verstrekkingen in deze periode verricht wegens persoonlijke redenen moet je de overeenkomstige verstrekkingen uit § 1 1°, 3° of 4° aanrekenen.

¹³⁸. NGV, art. 8 § 1 1° III.

¹³⁹. NGV, art. 8 § 1 1°.

16. Onder welke voorwaarden mag je het verpleegkundig consult aanrekenen?



Het **verpleegkundig consult** omvat de identificatie van de verpleegkundige gezondheidsproblemen en het formuleren van de zorgdoelen in overleg met de patiënt of zijn onmiddellijke omgeving. Deze gegevens moet je opnemen in een verslag dat je bij het verpleegkundig dossier voegt. Indien de behandelende arts erom vraagt bezorg je hem een kopie van dit verslag.



Meer informatie: www.riziv.be, Professionals > Zorgverleners: Verpleegkundigen > Verstrekkingen door verpleegkundigen > Een verpleegkundig consult aanrekenen.

17. Voor welke verstrekkingen bestaat er een kennisgevingsprocedure?

Je moet de adviserend geneesheer informeren over je intentie om de volgende verstrekkingen aan te rekenen:

- forfaitaire honoraria per verzorgingsdag (forfait A, B, C, PA, PB, PC, PP, PN)
- toiletten
- het uitvoeren van de specifieke technische verpleegkundige verstrekkingen 425375, 425773 en 426171.

a. Hoe moet je een aanvraag indienen?

Je moet binnen de 10 kalenderdagen na het begin van de behandeling een brief persoonlijk geadresseerd aan de adviserend geneesheer sturen samen met de nodige formulieren. Bij niet respecteren van deze termijn worden de zorgen slechts vergoed vanaf de datum van verzending (poststempel geldt als bewijs van datum).

De vereiste formulieren zijn kennisgevingen voor:

- de toiletten¹⁴⁰ en de aanvraag van het forfaitair honorarium
- de palliatieve patiënten¹⁴¹
- de specifieke technische verpleegkundige verstrekkingen¹⁴².



Meer informatie: www.riziv.be, Professionals > Individuele Zorgverleners: Verpleegkundigen > MyCareNet voor de thuisverpleegkundige.

Je moet ook:

- de periode waarvoor je de zorgen aanvraagt te vermelden. Deze periode mag nooit meer bedragen dan 3 maand
- een nieuwe aanvraag indienen wanneer de aangevraagde periode eindigt, of wanneer de fysieke afhankelijkheidsgraad van de patiënt verandert
- het ziekenfonds verwittigen van een voortijdige beëindiging van de verpleegkundige verzorging of een onderbreking van 10 of meer kalenderdagen, met betrekking tot aanvraag of kennisgeving voor forfaitaire honoraria of toiletten.

140. VGV, bijlage 3.

141. VGV, bijlage 6.

142. NGV, art. 8 § 9.

b. Is een akkoord van de adviserend geneesheer vereist voor de start van een behandeling?

Een akkoord is niet nodig om een behandeling te kunnen starten. De adviserend geneesheer kan evenwel verzet aantekenen. In dat geval betreft de weigering tot vergoeding door de ziekteverzekering al je verstrekkingen uitgevoerd **vanaf de 1^e dag van de behandeling (inbegrepen)**. Dat verzet wordt je meegedeeld via de elektronische weg van MyCareNet en via de post aan je patiënt gemeld.

18. Hoe moet je de evaluatieschaal (Katzschaal) invullen?

Je moet de invulling zo objectief mogelijk verrichten daarbij alleen rekening houdend met de afhankelijkheidstoestand van je patiënt (zie onderstaande tabel). Je gebruikt daarvoor best de richtlijnen die je kan vinden op.



Meer informatie: www.riziv.be, Professionals > Zorgverleners: Verpleegkundigen > Verstrekkingen door verpleegkundigen > Evaluatieschaal (Katz).

Tabel 10: Minimale score katzschaal voor het toekennen van de verschillende forfaits

FORFAIT	Zich wassen	Zich kleden	Transfer en verplaatsingen	Toiletbezoek	Continentie	Eten
A of PA*	3 of 4	3 of 4	3 of 4 voor ten minste één criterium			
B of PB*	3 of 4	3 of 4	3 of 4	3 of 4	3 of 4 voor ten minste één criterium	
C of PC*	4	4	4	4	3 of 4 voor één criterium, 4 voor het andere	

* forfait PA – PB of PC als de patiënt het statuut van " palliatieve patiënt " heeft gekregen

19. Kan de adviserend geneesheer de evaluatieschaal die je hebt opgesteld wijzigen?

De adviserend geneesheer kan het forfait verlagen (wijziging van de score van C --> B of A ; van B --> A) of vervangen door een verstrekking per handeling. Die wijziging geldt voor minstens 6 maanden, behalve in geval van een nieuwe medische indicatie (gestaafd door een medisch getuigschrift). In dat geval moet je een nieuwe aanvraag indienen.



Meer informatie: www.riziv.be, Professionals > Zorgverleners> Verpleegkundigen > Verstrekkingen door verpleegkundigen > Evaluatieschaal (Katz) > Wat kunt u doen indien u een bericht van afscoring hebt ontvangen voor een aanvraag of kennisgeving die toegekomen is bij de adviserend geneesheer vanaf 1 juli 2014?



Daar de adviserend geneesheer meestal je aanvraag beoordeelt op basis van stukken, betekent de goedkeuring van je aanvraag geenszins de goedkeuring van de door je opgegeven scores van de Katzschaal. Die score kan wel gewijzigd worden naar aanleiding van een controle door een verpleegkundige van het Ziekenfonds of door een inspecteur van de DGEC.

20. Wie moet aanrekenen wanneer in het kader van een forfait meerdere zorgverleners tussenkomen om dezelfde patiënt op dezelfde dag te verzorgen?

De zorgverlener die de eerste verzorgingstaken heeft uitgevoerd op die dag moet de verstrekkingen aanrekenen.

21. Je hebt vragen omtrent de juiste interpretatie van de nomenclatuur?

Je kan:

- de site van het RIZIV raadplegen: www.riziv.be. Je kunt er onder andere de tekst van de nomenclatuur in voege vinden evenals de erbij horende interpretatieregels
- je wenden tot andere instellingen zoals ziekenfondsen, beroeps- en wetenschappelijke verenigingen die ook over informatie beschikken over dit onderwerp
- je vraag stellen aan :



RIZIV
Dienst voor geneeskundige verzorging
Tervurenlaan 211
1150 Brussel.

Je vraag zal door deze Dienst worden beantwoord of, indien nodig, voorgelegd aan de Technisch Geneeskundige Raad (TGR) die uw vraag ten gronde zal behandelen.

3^e Deel

De verpleegkundige en zijn patiënt





In het 3^e deel overlopen we de verschillende verzekeringen voor geneeskundige verzorging. De informatie betreffende de verplichte ziekteverzekering wordt hier voorgesteld vanuit het standpunt van de patiënt (verzekerbareid, kosten, remgeld, maximumfactuur (MAF), derdebetalersregeling, de rechten van de patiënt).

I. De verschillende soorten verzekeringen voor geneeskundige verzorging

1. De verplichte verzekering “geneeskundige verzorging” voor de personen die aan de Belgische sociale zekerheid zijn onderworpen

Die verzekering “geneeskundige verzorging” dekt alle types van verzorging die in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen zijn opgenomen¹⁴³.

De aansluiting en het betalen van bijdragen zijn wettelijk verplicht. Sommige personen met een laag inkomen betalen geen bijdragen.

Om recht te hebben op de voordelen van de verplichte verzekering geneeskundige verzorging moet de patiënt ingeschreven zijn bij een ziekenfonds. Die zal de verzekerbareid nagaan, of het geheel van voorwaarden waaraan hij moet voldoen om vergoeding van geneeskundige verzorging te bekomen.

2. De aanvullende verzekering

Verzorging die niet gedekt is door de verplichte verzekering, kan door een ziekenfonds, mits betaling van een beperkte aanvullende bijdrage, toch vergoed worden. De zorg gedekt door deze aanvullende verzekering kan verschillen van ziekenfonds tot ziekenfonds.



Voorbeelden

- contactlenzen bij jongeren
- vaccinaties bij verre reizen
- vergoeding voor oppas van zieke kinderen
- lidgelden voor sportclubs
- orthodontie
- tandprothesen
- enz.

143. GVV-wet, art. 34.

3. Andere verzekeringen

Medische kosten zijn in bepaalde omstandigheden geheel of gedeeltelijk gedekt door verzekeringen uit andere stelsels:



Voorbeelden

- ondernemingsverzekering voor de arbeidsongevallen
- burgerlijke aansprakelijkheid (bv. verkeersongevallen)
- het Fonds van beroepsziekten voor de beroepsziekten
- school- of sportongevallen
- reisverzekeringen.

Wanneer een van die verzekeringen tussenkomt, kan het gedeelte van de geneeskundige verzorging dat niet wordt vergoed, soms aan de ziekteverzekering worden aangerekend.



Voorbeelden

- de arbeidsongevallenverzekering zal de medische verzorging helemaal vergoeden
- privé-verzekeringen nemen vaak alleen maar het remgeld voor hun rekening.

In de mate van het mogelijke moet je de honoraria dus rechtstreeks indienen bij de verantwoordelijke verzekering.

Indien de verantwoordelijkheid nog niet is toegewezen, zal het ziekenfonds echter de onkosten vergoeden (aan je patiënt of aan jezelf in het geval van de derdebetalersregeling) om ze na de juridische uitspraak te verhalen op de verantwoordelijke verzekering (subrogatierecht)¹⁴⁴.

4. Private en individuele verzekeringen

Er bestaat een aanbod aan verzekeringen die medische kosten vergoeden, niet gedekt door de verplichte verzekering.



Meest gekend is de hospitalisatieverzekering. Afhankelijk van de polis worden de supplementen bij opname in een éénpersoonkamer al dan niet vergoed.

5. Vlaamse zorgverzekering

De Vlaamse zorgverzekering dekt niet medische zorgen bij gedaalde zelfredzaamheid thuis of opname in het rusthuis of een psychiatrisch verzorgingstehuis. De uitkering bestaat uit een forfaitair maandelijks bedrag.

De aansluiting is verplicht voor alle inwoners ouder dan 25 jaar gedomicilieerd in Vlaanderen en vrij voor alle inwoners van het Brussels hoofdstedelijk gewest.



Meer informatie: www.zorg-en-gezondheid.be.

6. Specifieke verzekeringen

Er bestaan specifieke verzekeringen met eigen regels.



Verzekering voor het personeel van de Europese Unie.



Indien een andere dan de verplichte verzekering (mede) tussenkomt in de dekking van farmaceutische kosten, kan de patiënt aan de apotheker een "BVAC" attest (Bijkomende Verzekering-Assurance Complémentaire) vragen waarin de niet door het ziekenfonds vergoedbare bedragen worden vermeld.

144. GVV-wet, art. 136 § 2 4e lid.

II. Verzekerbaarheid “geneeskundige verzorging” van de patiënt

1. Persoon die aan de Belgische sociale zekerheid is onderworpen

a. Identificatie van de sociaal verzekerde

Je zal de verzekerde kunnen identificeren aan de hand van zijn elektronisch identiteitsbewijs en elektronisch zijn identificatienummer van de sociale zekerheid (INSZ) kunnen lezen. In de meeste gevallen is dat het rijksregisternummer.

De geldige elektronische identiteitsbewijzen zijn:

- de klassieke elektronische identiteitskaart (eID)
- de Kids-ID voor kinderen jonger dan 12 jaar
- de elektronische kaart uitgereikt aan niet-Belgische onderdanen van de Europese Unie die in België verblijven
- de elektronische verblijfstitel uitgereikt aan onderdanen van landen buiten de Europese Unie die in België verblijven
- de isi+-kaart voor:
 - grensarbeiders van buitenlandse nationaliteit en hun gezinsleden
 - tijdelijk in België gedetacheerde werknemers
 - Belgen die in het buitenland gedomicilieerd zijn
 - kinderen jonger dan 12 jaar die geen Kids-ID hebben.



Het zijn de ziekenfondsen die progressief en automatisch isi+-kaart uitreiken aan hun leden.

b. Controle van de verzekerbareid (recht op terugbetaling van gezondheidszorgen)

Je kan de verzekerbareid van je patiënt nagaan. Daardoor kan je nagaan of hij in orde is met zijn ziekenfonds in geval van de derdebetalersregeling en het vaststellen van het bedrag van het remgeld (deel ten laste van de patiënt).

De ziekenfondsen bewaren de gegevens in een gegevensbank die dagelijks wordt bijgewerkt.

c. Gebruik van SIS-kaart

De SIS-kaart zal gedurende een overgangsperiode nog te gebruiken zijn:

- voor kinderen die geen Kids-ID hebben, maar wel een geldige SIS-kaart
- als je nog geen toegang hebt tot het netwerk van MyCareNet.



Meer informatie op de websites van:

- het RIZIV: www.riziv.be, Thema's > Verzorging: Kosten en terugbetaling: meer info > Verzekerbareid > De SIS-kaart verdwijnt geleidelijk
- de Kruispuntbank Sociale Zekerheid: www.ksz.fgov.be, rubriek isi+-kaart/ SIS kaart > geleidelijke afbouw van het gebruik van de SIS-kaart.

d. Bewijs van verzekeraarbaarheid in het buitenland

Iemand die geniet van het Belgische sociale zekerheidssysteem en die op reis gaat binnen Europa, heeft er belang bij een Europese Ziekteverzekeringskaart (EZVK) mee te nemen als bewijs van zijn verzekeraarbaarheid (te bekomen op eenvoudige aanvraag bij zijn ziekenfonds)¹⁴⁵.



Meer informatie:

- www.riziv.be, Thema's > Verzorging: Kosten en terugbetaling: meer info > Internationaal > Vakantie > U gaat op vakantie in de Europese Economische Ruimte (EER) of Zwitserland
- www.medimmigrant.be > Gezondheidszorg per verblijfsstatuut > Toeristen.

2. Een verzekerde die tijdelijk in België verblijft

a. Inwoner van de Europese economische ruimte¹⁴⁶ en Zwitserland

Wanneer iemand in het bezit is van een Europese ziekteverzekeringskaart (EZVK) of een voorlopig bewijs ter vervanging, dan heeft die recht op de noodzakelijke geneeskundige verzorging om het verblijf te kunnen voortzetten in medisch veilige omstandigheden.

De geneeskundige zorgen en hun terugbetaling worden verstrekt in overeenstemming met de Belgische wetgeving.



Wat betreft de kwaliteit van de behandeling, de tarifiering, de informatieverstrekking over niet door de ziekteverzekering vergoede kosten en de aflevering van getuigschriften moet de zorgverlener dus dezelfde regels toepassen als bij een Belgische patiënt¹⁴⁷.

Bij derdebetalersregeling moet een kopie van de EZVK of van het voorlopig bewijs worden genomen.



De EZVK dekt in geen geval geplande medische zorgen.

b. Inwoner van een land waarmee België een bilaterale overeenkomst betreffende de sociale zekerheid (met inbegrip van de ziekteverzekering) heeft afgesloten¹⁴⁸

Indien een inwoner van deze landen in het bezit is van het betreffende bilaterale formulier, dan heeft hij recht op dringende medische zorgen gedurende de geldigheidsduur van het formulier en onder de zelfde voorwaarden als de bezitter van een Europese ziekteverzekeringskaart (zie punt a).



Controleer steeds de geldigheid van de voorgelegde documenten (geldigheidsduur hangt af van het land van herkomst).



Bij afwezigheid van de EZVK, het voorlopig bewijs of het bilaterale formulier: het bewijs van verzekeraarbaarheid kan worden opgevraagd in het thuisland door gelijk welk ziekenfonds in België of door de sociale dienst van het ziekenhuis.

145. GVV-wet, art. 136 § 1 en K.B. van 03-07-1996, art. 294.

146. België, Bulgarije, (Grieks-)Cyprus, Denemarken, Duitsland, Estland, Frankrijk, Finland, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Nederland, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowaakse Republiek, Spanje, Tsjechische Republiek, Verenigd Koninkrijk, en Zweden.

147. Het Europees Verdrag en de Europese Verordening 883/2004 en Richtlijn 2011/24/EU van het Europees parlement en de Raad van 9/03/2011, art. 4 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg.

148. Algerije, Tunesië, Turkije, Bosnië-Herzegovina, Servië, Montenegro, Macedonië en Kosovo.

c. Inwoner uit een ander land

Hij betaalt zelf zijn medische kosten.



Meer informatie:

- op de website van het RIZIV: www.riziv.be, Thema's > Verzorging: kosten en terugbetaling > Internationaal
- op de federale portaalsite: www.belgium.be > Gezondheidszorg > Op reis
- op de website van de vzw Medimmigrant: www.medimmigrant.be > Toegang tot gezondheidszorg > EU-burgers.

3. Asielzoeker

a. Asielzoeker in de loop van zijn procedure¹⁴⁹

Een asielzoeker die asiel aanvraag:

- **voor 1 juni 2007** en wiens aanvraag:
 - ontvankelijk is verklaard, blijft verzekerd via een ziekenfonds
 - niet-ontvankelijk was, komt in aanmerking voor de procedure zoals hieronder uitgelegd
- **na 1 juni 2007** en die verblijft:
 - in een collectief centrum voor asielzoekers (= bijvoorbeeld een opvangcentrum van het Rode kruis), kan beroep doen op de medische dienst die daar aanwezig is, of de arts/instelling waarmee het Federaal agentschap voor de opvang van asielzoekers (Fedasil) een samenwerkingsakkoord heeft afgesloten
 - in een Lokaal Opvanginitiatief (LOI) kan beroep doen op, het OCMW dat bevoegd is voor de kosten; de aanvragen tot tussenkomst en de facturen moeten naar het LOI gericht worden
 - elders (naar keuze); in dat geval is de Cel Centralisatie Medische kosten van Fedasil bevoegd voor de informatie en de betaling van de zorgverleners.

Een voorafgaande aanvraag tot tussenkomst (een betalingsverbintenis) in de medische kosten is noodzakelijk behalve bij spoedeisende zorgen en kan verzonden worden naar:



Fedasil
Cel Medische Kosten
Kartuizerstraat 21
1000 Brussel
Tel. 02 213 43 00, fax 02 213 44 12.

In noodgevallen is het voldoende dat de arts een attest bijvoegt waarin hij bevestigt dat het dringende hulp betrof.

De RIZIV-nomenclatuur is van toepassing, mits een aantal wijzigingen al naargelang de situatie¹⁵⁰.

149. Wet van 12-01-2007 betreffende de opvang van asielzoekers en van bepaalde andere categorieën van vreemdelingen.

150. K.B. van 09-04-2007.

b. Asielzoeker na erkenning als vluchteling

Na de erkenning wordt hij in het ziekenfonds ingeschreven.

c. Uitgeprocedeerde asielzoeker of persoon “zonder wettig verblijf”

Een uitgeprocedeerde asielzoeker is niet verzekeraar via het ziekenfonds. Hij heeft nochtans recht op ‘dringende medische hulp’ in het kader van de OCMW-wetgeving¹⁵¹. Deze regelgeving is ruimer dan de wet op de dringende medische hulpverlening. Het gaat hier in feite over alle medisch noodzakelijke zorg, zowel van preventieve, als van curatieve aard.

Een asielzoeker, die in het ziekenfonds was ingeschreven (zie voorafgaand punt 3. a. “Een asielzoeker die asiel aanvroeg voor 1 juni 2007”) blijft verzekerd tot 31 december van het jaar volgend op de datum van afwijzing van het statuut van vluchteling.



Meer informatie:

- het plaatselijk OCMW
- website van Fedasil: www.fedasil.be
- website van de vzw Medimmigrant: www.medimmigrant.be.

III. De bijdrage van de patiënt voor medische verzorging: het remgeld

1. Wat is het remgeld?



Het **remgeld** (ook wel persoonlijk aandeel genoemd) is het deel van de medische kosten bepaald in de tarieven van de NGV die de patiënt zelf betaalt.

Die bijdrage laat toe het medisch verbruik te beheersen en een financieel evenwicht te behouden in de ziekteverzekering.

2. Is het remgeld altijd gelijk¹⁵²?

Het remgeld kan variëren van 0% voor de onmisbare behandelingen tot 80% voor de minder belangrijke behandelingen (bijvoorbeeld de geneesmiddelen categorie Cx).

Het bedrag van het remgeld hangt niet alleen af van de aard van de verstrekking, maar ook van:

- het statuut van de patiënt (bijvoorbeeld rechthebbende op een verhoogde tegemoetkoming)
- de zorgverlener (geconventioneerd of niet)
- de omstandigheden waarin de zorg wordt toegediend
- de categorie van de geneesmiddelen.

151. K.B. van 12-12-1996 en OCMW-wet van 08-07-1976, art. 57 § 2.

152. GVVU-wet, art. 34 en 37.

a. Het statuut van de patiënt

Het remgeld is lager¹⁵³ op basis van:

- de leeftijd:
 - tot de 10^e verjaardag: het remgeld is beperkt voor de bezoeken van de huisarts
 - tot de 18^e verjaardag, de tandheelkundige verzorging (behalve orthodontie) wordt volledig terugbetaald
 - vanaf 18 jaar varieert het remgeld, afhankelijk van de uitgevoerde verstrekking en het statuut van de patiënt (zie hieronder)
- sommige sociale voordelen¹⁵⁴ voor:
 - rechthebbenden op het bestaansminimum ("leefloon")¹⁵⁵ en dit gedurende drie opeenvolgende volledige maanden
 - steuntrekkers van het OCMW in het kader van de wet van 02 april 1965 en dit gedurende drie opeenvolgende volledige maanden
 - gerechtigden op de inkomensgarantie voor ouderen (IGO)¹⁵⁶
 - gerechtigden op de inkomensgarantie voor ouderen alsook de persoon die het recht op de rentebijslag behoudt¹⁵⁷
 - personen die effectief een uitkering ontvangen voor personen met een handicap¹⁵⁸
 - rechthebbenden op verhoogde kinderbijslag (wegens lichamelijke of geestelijke ongeschiktheid van 66 %)
 - niet begeleide minderjarige vreemdelingen, in bepaalde omstandigheden¹⁵⁹
 - wezen die beide ouders hebben verloren en die recht hebben op kinderbijslag
- het gezinsinkomen dat onder een bepaald grensbedrag ligt.
Er zijn twee mogelijkheden:
 - de patiënt is:
 - weduwnaar/weduwe, gepensioneerd of invalide
 - een persoon die in het Rijksregister van de natuurlijke personen is ingeschreven en wegens zijn gezondheidstoestand als ongeschikt is erkend om arbeid ter verkrijging van inkomen te verrichten
 - een persoon die gedurende één jaar volledig werkloos is
 - een gerechtigde binnen een één-oudergezin
 - een persoon die recht heeft op een verwarmingstoelage, toegekend door een OCMW.

Het ziekenfonds zal hem vragen een verklaring in te vullen betreffende zijn **huidige** gezinsinkomen en daarbij vragen zij met name het laatste aanslag biljet toe te voegen.
Dit moet lager zijn dan een jaarlijks grensbedrag dat op basis van het aantal personen in uw gezin is vastgelegd
- de patiënt behoort niet tot één van de categorieën onder punt 1 maar het gezinsinkomen is niet hoger dan een jaarlijks bepaald plafond rekening houdend met het aantal personen in het gezin.

153. K.B. van 23-03-1982 voor de verstrekkingen waarvoor een verhoogde tegemoetkoming geldt.

154. K.B. van 23-03-1982 en K.B. van 15-01-2014 betreffende de verhoogde tegemoetkoming.

155. Wet van 26-05-2002.

156. Wet van 22-03-2001.

157. Wet van 01-04-1969.

158. Wet van 27-02-1987.

159. G.V.U.-wet, art. 32 1^e lid. 22°.

Het ziekenfonds zal hem vragen een verklaring in te vullen betreffende zijn gezinsinkomen van **het vorig jaar** en daarbij vragen zijn met name het laatste aanslag biljet toe te voegen. In beide gevallen zal het ziekenfonds het inkomen nagaan volgens een procedure die 'systematische controle' wordt genoemd waaraan het ziekenfonds, de FOD Financiën en de Dienst Administratieve controle meewerken.

- het statuut van « palliatieve patiënt ». Er is geen remgeld voorzien voor de verzorging van palliatieve patiënten.



Meer informatie:

- op de website van de FOD Sociale Zekerheid: www.socialsecurity.fgov.be, rubriek Burger > rubriek Gezondheid > Terugbetaling van medische kosten
- www.handicap.fgov.be/nl, Directie-generaal personen met een handicap
- het RIZIV: www.riziv.fgov.be, Thema's > Verzorging: kosten en terugbetaling > Financiële toegankelijkheid > De verhoogde tegemoetkoming biedt een betere vergoeding van medische kosten.

b. Statuut van de zorgverleners

De verzekeringstegemoetkoming kan lager zijn voor de kinesitherapeuten, de vroedvrouwen, de verpleegkundigen en de paramedische medewerkers die niet tot de nationale conventie zijn toegetreden. Dat geldt echter niet voor de patiënten die recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming (behalve voor de verpleegkundige verzorging, waarvoor de terugbetaling enigszins werd verlaagd).



Het remgeld voor de verplaatsingskosten is 25 % ongeacht het statuut van de patiënt¹⁶⁰.

c. Omstandigheden

De verzekeringstegemoetkoming hangt ook af van de omstandigheden waarin de verstrekking wordt verricht:

- de personen die in het ziekenhuis zijn opgenomen betalen slechts een minimaal forfait per ligdag voor alle vergoedbare geneesmiddelen
- het bedrag van het remgeld kan ook worden verlaagd om de kwaliteit van de verzorging te bevorderen. Bijvoorbeeld: lager remgeld als de huisarts een globaal medisch dossier voor zijn patiënt bijhoudt
- het bedrag van het remgeld voor een raadpleging in een erkende spoedgevallendienst is lager, wanneer de patiënt door de huisarts is verwezen, binnengebracht door de dienst 100 of doorverwezen is door een spoedgevallendienst¹⁶¹
- er is geen remgeld verschuldigd voor een screeningsonderzoek op kanker in het kader van een door de gemeenschappen georganiseerde screening.



Voorbeeld

- mammografie
- opsporing van darmkanker via onderzoek naar occult bloed in de stoelgang.

160. Nationale Overeenkomst, art. 8.

161. NGV, art. 25 § 3bis.



Meer informatie: www.riziv.be, Thema's > Verzorging: kosten en terugbetaling > Financiële toegankelijkheid > Derdebetalersregeling: betaal alleen uw deel, het ziekenfonds vergoedt de zorgverlener rechtstreeks.

d. De geneesmiddelenklasse

De geneesmiddelen worden in verschillende terugbetalingscategorieën ondergebracht. Het bedrag van het remgeld verschilt niet alleen afhankelijk van die categorie, maar is ook afhankelijk van het statuut van de verzekerde (die al dan niet een verhoogde tegemoetkoming geniet).

Tabel 8: Maximale remgeld voor de geneesmiddelen

Terugbetalings-categorieën	Rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming	Rechthebbenden zonder verhoogde tegemoetkoming
A	100 % terugbetaald	100 % terugbetaald
B	Maximaal remgeld 7,80 EUR	Maximaal remgeld 11,80 EUR
B groot model*	Maximaal remgeld 9,70 EUR	Maximaal remgeld 14,70 EUR
C	Maximaal remgeld 9,70 EUR	Maximale remgeld 14,70 EUR
Cs	40 % terugbetaald Remgeld zonder maximum	40 % terugbetaald Remgeld zonder maximum
Cx	20 % terugbetaald Remgeld zonder maximum	20 % terugbetaald Remgeld zonder maximum
D	Geen terugbetaling	Geen terugbetaling
Fb	75 % terugbetaald Maximaal remgeld 7,80 EUR	85 % terugbetaald Maximale remgeld 11,80 EUR
Fb groot model*	Maximaal remgeld 9,70 EUR	Maximaal remgeld 14,70 EUR

* Een groot model bevat meer dan 60 dosissen



Meer informatie: www.riziv.be, Thema's > Verzorging: kosten en terugbetaling > De geneeskundige verstrekkingen die uw ziekenfonds terugbetaalt > Geneesmiddelen > Geneesmiddelen terugbetalen > Vergoedbare farmaceutische specialiteiten > Lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten: de vergoedingscategorieën.

e. Bent je verplicht remgeld te vragen?

Er is geen verplichting om het remgeld te vragen voor verpleegkundige verstrekkingen.

IV. De maximumfactuur (MAF)



Kosten die niet meetellen voor de MAF: supplementen gevraagd door artsen, geneesmiddelen Cs, Cx, verblijfskosten in rustoorden, beschut wonen, veiligheidsmarge van sommige prothesen, sommige kosten in het buitenland.



De **maximumfactuur** (MAF) is het maximum bedrag van het remgeld dat een patiënt ofwel een gezin gedurende een kalenderjaar moet betalen voor sommige onderdelen van de geneeskundige verzorging.

Het MAF laat toe om voor iedereen de financiële toegang tot de gezondheidszorg te verbeteren. Van zodra de som van remgelden van een gezin voor bepaalde gezondheidszorgen een bepaald plafond (MAF) bereikt in de loop van een kalenderjaar, dan zal dat gezin haar persoonlijk aandeel voor die gezondheidszorg die in aanmerking wordt genomen om de MAF te berekenen, volledig terugbetaald krijgen voor de rest van dat kalenderjaar.



Meer informatie: www.riziv.be, Thema's > Verzorging: kosten en terugbetaling > Financiële toegankelijkheid > De maximumfactuur (MAF) houdt medische kosten binnen de perken.

V. Verzorging door geïntegreerde diensten voor thuisverzorging¹⁶²

Geïntegreerde diensten voor thuisverzorging verlenen het geheel van de patiëntenzorg onder meer via praktische organisatie en ondersteuning; de tussenkomst van beroepsbeoefenaars van verschillende disciplines is hierbij vereist is (gezondheidswerkers en psychologen) Deze diensten zijn georganiseerd per zorgzone.¹⁶³ De opdrachten van deze diensten zijn onder andere:

- de evaluatie van de zelfredzaamheid van de patiënt
- de uitwerking en de opvolging van een zorgplan
- de taakafspraken tussen zorgverstrekkers
- het multidisciplinair overleg.

Er is een vergoeding voorzien voor multidisciplinair overleg en registratie verricht in het kader van de thuiszorg verleend aan patiënten die zich in een van de volgende toestanden bevinden: verminderde zelfredzaamheid, persisterende neurovegetatieve¹⁶⁴ of een “minimaal responsieve” status, chronische en complexe psychiatrische problematiek.



Meer informatie: www.riziv.be, Professionals > Verzorgingsinstellingen en -diensten > Geïntegreerde diensten voor thuisverzorging (GDT).

VI. De derdebetalersregeling



De **derdebetalersregeling** is de betaalwijze waarbij de zorgverlener het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming rechtstreeks van het ziekenfonds van de patiënt ontvangt.

De patiënt betaalt enkel de (eventuele) remgelden (zie 2^e Deel, II. 11.).

162. K.B. van 15-12-2009 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een financiering toekent aan de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging.

163. K.B. van 08-07-2002 tot vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning van geïntegreerde diensten voor thuisverzorging.

164. K.B. van 18-11-2005 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor geneesmiddelen, verzorgingsmiddelen en hulpmiddelen voor patiënten in een persisterende vegetatieve status.

VII. Zorgtrajecten¹⁶⁵



Een **zorgtraject** organiseert en coördineert de aanpak, de behandeling en de opvolging van een patiënt met een chronische ziekte. Bij de uitwerking van dit project zijn 3 partijen betrokken: de patiënt, de huisarts en de specialist.

Het traject begint na ondertekening door de betrokken partijen van een “zorgtrajectcontract” dat een looptijd heeft van 4 jaar.

Op dit ogenblik zijn er twee zorgtrajecten operationeel: voor chronische nierinsufficiëntie en diabetes type 2. Als verpleegkundige ben je enkel betrokken bij het zorgtraject diabetes.



Meer informatie op de websites:

- van het RIZIV: www.riziv.be, Thema's > Zorgkwaliteit > Zorgtrajecten
- www.zorgtraject.be > U bent professioneel actief > Verpleegkundigen.

VIII. Rechten van de patiënt

De wet van 22 augustus 2002 heeft een aantal rechten voor de patiënt vastgelegd. Hierna volgt een overzicht van de belangrijkste bepalingen van de wet betreffende de rechten van de patiënt.

1. Definities en toepassingsgebied

- **Patiënt:** natuurlijke persoon aan wie gezondheidszorg wordt verstrekt al dan niet op eigen verzoek
- **Beroepsbeoefenaar:** zowel conventionele¹⁶⁶ als niet-conventionele¹⁶⁷ (homeopathie, chiropraxie, osteopathie, acupunctuur) praktijken
- **Toepassingsgebied:** zowel privaat- als publiekrechtelijk; contractueel als buitencontractueel
- **Voorwaarden:** in de mate dat de patiënt hieraan meewerkt, leeft de beroepsbeoefenaar deze wet na (desgevallend pleegt hij daarvoor multidisciplinair overleg).

¹⁶⁵. Nationale overeenkomst, art. 10bis.

¹⁶⁶. Wet uitoefening van de gezondheidszorgberoepen.

¹⁶⁷. Wet van 29-04-1999.

2. Welke rechten voorziet de wetgever voor de patiënt?

De wet voorziet:

a. Algemene rechten

- op menselijke waardigheid en zelfbeschikkingsrecht
- op zorgen van kwaliteit beantwoordend aan zijn behoeften.

b. Recht op vrije keuze van de beroepsbeoefenaar en op wijziging van deze keuze

c. Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand

- **Recht op informatie** nodig voor het inzicht in de eigen gezondheidstoestand en de evolutie ervan (dus ook over een eventuele funeste prognose!):
 - mondeling in duidelijke taal
 - schriftelijk op verzoek van de patiënt
 - via vertrouwenspersoon door middel van een schriftelijk verzoek van de patiënt.

d. Recht om geïnformeerd en vrij in te stemmen met elke interventie van de beroepsbeoefenaar

- **Tijdige en voorafgaande informatie over de interventie met name:**
 - doel
 - modaliteiten
 - tegenaanwijzingen
 - neveneffecten
 - mogelijke alternatieven
 - financiële implicaties
 - eventuele gevolgen van weigering
 - de datum.
- **Toestemming tot de interventie:**
 - wordt uitdrukkelijk gegeven behalve wanneer je uit de houding van patiënt redelijkerwijze diens toestemming kan afleiden
 - wordt eventueel schriftelijk vastgelegd op vraag van de patiënt of de zorgverlener met instemming van de andere
 - recht op weigering of intrekking toestemming: op verzoek van één van beide partijen wordt de weigering schriftelijk vastgelegd.

Opmerking:

- een weigering doet geen afbreuk aan het recht van de patiënt op kwaliteitsvolle zorg
- een weigering blijft van kracht als de patiënt (nadien) het vermogen tot uitoefening van zijn rechten zou verliezen
- bij spoedgeval: zonder gekende wilsuitdrukking van de patiënt of zijn wettelijke vertegenwoordiger gebeurt iedere noodzakelijke tussenkomst van de beroepsbeoefenaar in het belang van de patiënt.

e. Recht op een patiëntendossier en inzage erin

De patiënt heeft recht op:

- een zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier waar hij zelf documenten kan aan toevoegen
- inzage in zijn dossier. De beroepsbeoefenaar moet binnen de 15 dagen aan de vraag tot inzage gevolg geven, maar persoonlijke notities en informatie over derden kunnen niet geraadpleegd worden
- inzage in zijn dossier door een vertrouwenspersoon. Indien deze een beroepsbeoefenaar is, heeft deze ook recht op inzage van de persoonlijke notities
- afschrift van zijn dossier. Je kan dit weigeren indien duidelijk is dat patiënt onder druk wordt gezet om die informatie aan derden mee te delen.

Indien de beroepsbeoefenaar inzage in het dossier weigert om medische redenen, kan de patiënt zijn rechten uitoefenen via een door hem gekozen beroepsbeoefenaar.

Bij overlijden oefent de familie het recht op inzage uit via een door hen gekozen beroepsbeoefenaar die ook toegang heeft tot de persoonlijke notities (indien vraag voldoende gemotiveerd en niet tegen de wens van de patiënt).

Een kopie nemen van het dossier na overlijden van de patiënt is verboden.

f. Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer betreffende

- informatie over zijn gezondheid
- zijn intimiteit. De aanwezigheid van personen is beperkt tot het strikt nodige voor het onderzoek/behandeling.

Uitzondering: in het belang van de volksgezondheid of bij belangen/rechten van derden.

g. Recht op het neerleggen van een klacht bij de bevoegde ombudsfunctie

Indien de klacht betrekking heeft op een zorgverlener:

- die werkt in een ziekenhuis, dan neemt de patiënt contact op met de ombudsdienst van dat ziekenhuis
- die buiten een ziekenhuis werkt (bijvoorbeeld een huisarts, een specialist in zijn privépraktijk, zelfstandige verpleegkundige, tandarts, enz.), dan kan de patiënt zich wenden tot de Federale Ombudsdienst "Patiëntenrechten"



Maximumprijs bij afschrift dossier: 0,10 EUR per gekopieerde pagina met een maximum van 25 EUR voor gans het dossier. Voor informatie die digitaal wordt opgeslagen mag maximaal 10 EUR gevraagd worden¹⁶⁸.



Ieder ziekenhuis is verplicht een ombudsfunctie op te richten die onafhankelijk dient te zijn van de zorgverleners.

168. K.B. van 02-02-2007.



FOD Volksgezondheid
 Directoraat Generaal van de Gezondheidsvoorzieningen
 Federale Ombudsdienst "Patiëntenrechten"
 Victor Hortaplein 40 bus 10
 1060 Brussel.

Nederlandstalige federale ombudspersoon: tel. 02 524 85 20, fax 02 524 85 38
 E-mail: bemiddeling-patiëntenrechten@gezondheid.belgie.be.

h. Recht op informatie over

- status van de zorgverlener qua vergunning of registratie
- de verzekeringsdekking of zijn dekking ivm beroepsaansprakelijkheid.



Meer informatie op de website:

- van de FOD volksgezondheid www.health.fgov.be, rubriek Mijn gezondheid > Patiëntenrechten en interculturele bemiddeling > Patiëntenrechten > De Ombudsdiensten "rechten van de patiënt" Lees meer...
- www.patiéntrights.be.

3. Wie vertegenwoordigt de patiënt in geval van minderjarigheid of bij het onvermogen zelf zijn rechten uit te oefenen?

a. Minderjarigen en gelijkgestelde personen

Dat is de ouder of voogd. De patiënt wordt echter wel betrokken bij de uitoefening van zijn rechten in functie van leeftijd en begripsvermogen. Een rijpe minderjarige kan dus zijn rechten volledig uitoefenen.

b. Patiënt in onvermogen zelf zijn rechten uit te oefenen¹⁶⁹

De rechten worden in dalende volgorde uitgeoefend door:

- een vertegenwoordiger aangesteld via een door beiden gehandtekend mandaat
- de familie: (in volgorde van prioriteit)
 - echtgeno(o)t(e) of partner
 - meerderjarig kind
 - ouder
 - meerderjarige broer/zus
- de beroepsbeoefenaar (ook in geval van onenigheid tussen de vertegenwoordigers).

Voor het recht op het neerleggen van een klacht bestaat er geen verplichte volgorde.

169. Wet van 22-08-2002, art. 14 §§ 1 en 2 en art. 15.

Uitzonderingen

- voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer kan de beroepsbeoefenaar eisen dat de vertegenwoordiger zijn recht op inzage in het dossier uitoefent via een door deze laatste verkozen beroepsbeoefenaar
- voor de bescherming van het leven en de gezondheid van de patiënt kan de beroepsbeoefenaar afwijken van de beslissing van de vertegenwoordiger en dit na multidisciplinair overleg, tenzij de vertegenwoordiger een schriftelijk mandaat heeft en in het bezit is van een uitdrukkelijke wilsbeschikking.

IX. De palliatieve thuispatiënt¹⁷⁰

1. Wat wordt verstaan onder “palliatieve thuispatiënt”?



De **palliatieve thuispatiënt** is een patiënt¹⁷¹:

- bij wie het overlijden op relatief korte termijn verwacht wordt (> 24 uur en < dan 3 maand)
- die lijdt aan één of meerdere irreversibele aandoeningen
- die ongunstig evolueert, met een ernstige algemene verslechtering van zijn fysieke/psychische toestand
- bij wie therapeutische ingrepen en revaliderende therapie geen invloed meer hebben op die evolutie
- met ernstige noden die een belangrijke tijdsintensieve en volgehouden inzet vergen, al of niet met aangepast personeel en technische middelen
- met de intentie om thuis te sterven
- en die voldoet aan de voorwaarden opgenomen in het formulier “medische kennisgeving”.

2. Stappen die je moet zetten om het statuut van « palliatieve thuispatiënt » te laten toekennen?

Een arts moet het formulier “medische kennisgeving” invullen ter attentie van de adviserend geneesheer van het ziekenfonds.

Na diens advies krijgt de patiënt het statuut en een eerste forfaitaire vergoeding (zie punt 3.). Een 2^e aanvraag voor dit forfait is mogelijk na 30 dagen voor een tweede ingreep.

170. K.B. van 02-12-1999.

171. K.B. van 02-12-1999, art. 3.

3. Welke voordelen geniet de palliatieve thuispatiënt?

Hij heeft recht op volgende voordelen¹⁷²:

- geen remgeld voor huisbezoeken door de huisarts of voor verpleegkundige zorgen (palliatieve forfaits)
- twee kinesitherapiezittingen per dag zonder remgeld (zie voorschrift kinesitherapie)
- een forfaitaire tegemoetkoming voor de niet terugbetaalde geneesmiddelen, verzorgingsmiddelen en hulpmiddelen (materiaal) voor een periode van 30 dagen, eenmaal hernieuwbaar. In 2015 bedroeg de tussenkomst 647,16 EUR.

4. Kan je beroep doen op gespecialiseerde diensten?

Je kan beroep doen op de expertise van het “palliatief samenwerkingsverband” uit uw regio. Deze structuur beschikt over één (of meerdere) multidisciplinaire begeleidingsequipe(s) die ook psychologen in dienst hebben. Zij geven advies en psychologische ondersteuning bieden aan de gezondheidsverstrekkers uit de eerste lijn, zowel thuis als in het rustoord¹⁷³.



Meer informatie op de websites van:

- het RIZIV: www.riziv.be, Professionals > Zorgverleners: Verpleegkundigen > Verstrekkingen door verpleegkundigen > Palliatieve thuiszorg verlenen en aanrekenen
- Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen: www.palliatief.be.

X. Euthanasie¹⁷⁴



Onder **euthanasie** wordt verstaan het opzettelijk levensbeëindigend handelen door een andere persoon dan de betrokkene, op diens verzoek.

Elke meerderjarige of ontvoogde minderjarige die:

- handelingsbekwaam en bewust is op het moment van de aanvraag
- zich in een medisch uitzichtloze toestand bevindt van aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden, en dat het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening
- het verzoek tot euthanasie vrijwillig, overwogen, herhaaldelijk en zonder externe druk stelt
- het verzoek tot euthanasie moet schriftelijk worden opgesteld, gedateerd en getekend door de patiënt zelf. Indien de patiënt daartoe niet in staat is, gebeurt het op schrift stellen, in het bijzijn van de arts, door een meerderjarige persoon die gekozen is door de patiënt en die geen materieel belang heeft bij de dood van de patiënt. Het verzoek dient bij het medisch dossier te worden gevoegd. De patiënt kan te allen tijde het verzoek herroepen. Het document wordt in dat geval aan de patiënt terug bezorgd. Als verpleegkundige kan je de herhaalde vraag van de patiënt naar euthanasie in het dossier vermelden.

172. K.B. van 23-03-1982, art. 7octies.

173. K.B. van 13-10-1998 en 04-10-2001.

174. Wet euthanasie van 28-05-2002.

Wilsbekwame minderjarigen kunnen een aanvraag voor euthanasie indienen in geval van fysisch lijden, maar niet in geval van psychisch lijden.



Je mag omwille van persoonlijke of ethische redenen weigeren om mee te werken aan de euthanasie¹⁷⁵.

XI. Het Fonds voor de Medische Ongevallen¹⁷⁶

De slachtoffers van een medisch ongeval kunnen eventueel vergoed worden door het Fonds voor Medische ongevallen (FMO). Dat is bevoegd voor schade vanaf 02 april 2010.



Het advies van het FMO is niet bindend, noch voor de betrokken partijen, noch voor de rechter.

Je bent verplicht om te antwoorden op elke vraag om inlichtingen van het FMO binnen een termijn van dertig dagen. Als je niet antwoordt riskeer je een boete van 500 EUR per dag vertraging.

Het geven van inlichtingen van medische aard aan het FMO betekent geen inbreuk op het beroepsgeheim¹⁷⁷.



Meer informatie: www.riziv.be, Thema's > Medische ongevallen.

175. Wet euthanasie van 28-05-2002, art. 14.

176. Wet van 31-03-2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg.

177. Strafwetboek, art. 458.

4^e Deel Communicatie



I. Omzendbrieven



De zorgverlener is verplicht zich op de hoogte te stellen van de wettelijke bepalingen. In het kader van een gerechtelijke procedure kan hij onwetendheid nooit ter verantwoording aanvoeren.

Bekendmaking in het **Belgisch Staatsblad** is de **officiële manier**¹⁷⁸ om wetten, besluiten en interpretatieregels aan te kondigen en in werking te laten treden vanaf een bepaalde datum.

Omsendbrieven hebben tot doel zorgverleners te informeren over belangrijke onderwerpen zoals de reglementering, de erelonen, de interpretatieregels, de overeenkomst tussen de tandartsen en de verzekeringsinstellingen.

Soms bevatten ze bijkomende uitleg over problemen die zijn vastgesteld bij de toepassing van de reglementering.



De wettelijke basis blijft echter steeds de afkondiging in het Belgisch Staatsblad en niet de omsendbrief als dusdanig. Ook voor de datum van uitvoering is niet het opsturen van de omsendbrief bepalend, maar wel de bekendmaking in het Belgisch Staatsblad en de datum van inwerkingtreding die daarin is bepaald.

II. De website van het RIZIV: www.riziv.be

Heel wat informatie vind je op de website van het RIZIV.



Je kan je inschrijven op een nieuwsbrief van het RIZIV zodat je regelmatig op de hoogte gesteld wordt bent van de wijzigingen van de reglementering.



www.riziv.be, Schrijf u in voor onze 'alert' (recent gewijzigde pagina's) en/of de newsletter.

III. e-HealthBox



e-HealthBox is een beveiligde elektronische brievenbus die je als zorgverlener ter beschikking krijgt van het platform e-Health. Dit systeem laat een veilige elektronische communicatie toe van vertrouwelijke en medische gegevens tussen de Belgische actoren van de geneeskundige verzorging.



Wanneer de technische middelen operationeel zullen zijn, zal een elektronisch ondertekend document en verstuurd via e-HealthBox de waarde van een aangetekende zending hebben¹⁷⁹.

178. Wet van 31-05-1961: bekendmaken en afkondigen van wetten en verordeningen.

179. Wet van 24-05-2003 art. 4/1 en 4/2.

Hoe inloggen in je e-HealthBox ?

Je moet:

- ga naar de portaalsite e-Health www.ehealth.fgov.be
- klik op «My e-Health» (bovenaan links)
- meld je aan via je elektronische identiteitskaart
- ga na authenticatie naar de applicatie e-HealthBox
- identificeer jezelf als zorgverlener.

Je kan via je persoonlijk mailadres verwittigd worden wanneer een nieuw bericht in je e-HealthBox is binnengekomen. Je kan die toepassing activeren (e-Health Update Info), door te klikken op de link « klik hier » in « My e-Health ».

IV. Meer informatie?

Voor meer informatie kan je gebruikmaken van:

- de contactgegevens (e-mailadressen, telefoonnummers, faxnummers, adressen voor briefwisseling) die je in deze brochure onder de pictogrammen  en  terugvindt
- de website van het RIZIV: www.riziv.be
- het e-mailadres: communicatie@riziv.be. De communicatiecel van het RIZIV zal je e-mail naar de bevoegde dienst(en) doorsturen
- andere instellingen zoals het ziekenfonds, beroeps- en wetenschappelijke verenigingen.

 Voor inlichtingen kan je verder ook terecht bij de Dienst voor geneeskundige verzorging of de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV:

- per post
Tervurenlaan 211,
1150 Brussel.
- in de lokalen van het RIZIV tussen 9 en 12 u of op afspraak
- telefonisch

Dienst voor geneeskundige verzorging

Algemene directie	02 739 78 00
Algemeen secretariaat	02 739 77 65
	02 739 71 92

Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle

Secretariaat	02 739 75 08
Greffie van de Kamer van Eerste Aanleg en van Kamer van Beroep	02 739 75 11

V. Adreswijziging

Een goede communicatie is essentieel: deel ons je adres mee, ook wanneer je verhuist.

 Je kan je gegevens wijzigen op de website van het RIZIV: www.riziv.be, Professionals > Info voor allen > Contactadres meedelen.

VI. Adressen van de Provinciale geneeskundige commissies

De rol en de opdracht van de Provinciale geneeskundige commissies vind je in het 1^e Deel, II.



FOD Volksgezondheid, Call center: 02 524 97 97
E-mail: CMP-PGC@health.fgov.be.

1. Antwerpen

Pelikaanstraat, 4, 2^e verdieping, 2018 Antwerpen
Tel. : 02 524 78 50, fax : 02 524 78 58
E-mail: icm.antwerpen@gezondheid.belgie.be
Openingsuren: dinsdag en donderdag van 9u30 tot 12u en van 14u tot 16u.

2. Limburg

FAC Verwilghen-Gebouw A, Voorstraat 43, 3500 Hasselt
Tel. : 02 524 78 02, fax : 02 524 78 21
E-Mail: katia.machiels@gezondheid.belgie.be
Openingsuren: dinsdag en donderdag van 9u30 tot 12u en van 14u tot 16u en na afspraak.

3. Nederlandstalige Brabant

Philipssite 3, B bus 1, 3001 Leuven
Tel. : 02 524 97 73, fax : 02 524 99 67
E-Mail: monique.coppens@gezondheid.belgie.be of martine.roelants@gezondheid.belgie.be
Openingsuren: dinsdag en donderdag van 9u tot 11u en van 14u tot 15u30.

4. Oost-Vlaanderen

Kouterpoort - Ketelvest 26 bus 201 9000 Gent
Tel. : 02 524 99 73 of 02 524 99 72, fax : 02 524 99 78
E-mail: pascale.demaele@gezondheid.belgie.be of rita.dedoncker@gezondheid.belgie.be
Openingsuren: maandag en woensdag van 9u tot 11u30.

5. West-Vlaanderen

FAC Kampgebouw, Konig Albert I laan, 1/5 bus 1, 8200 Brugge

Tel. : 02 524 79 30, fax : 02 524 79 33

E-Mail: zeger.vermeulen@gezondheid.belgie.be

christiane.bonny@gezondheid.belgie.be

marieann.debie@gezondheid.belgie.be

Openingsuren : maandag en dinsdag van 9u30 tot 12u en van 14u tot 16u.

6. Brabant d'expression française

Place Victor Horta 40/10, 1060 Bruxelles

Tél. : 02 524 97 72, fax : 02 524 98 20

E-mail : veronique.souvel@sante.belgique.be

Heures d'ouverture : mardi et jeudi, de 14h à 16h.

7. Hainaut

Rue des Fossés 1, 7000 Mons

Tél. : 02 524 99 82, fax : 02 524 99 87

E-mail : didier.taminiau@sante.belgique.be

Heures d'ouverture : lundi, mardi, jeudi de 9h à 12h et de 13h30 à 15h30, mercredi et vendredi uniquement sur rendez-vous.

8. Liège

Bld Frère Orban 25, 2^e étage, 4000 Liège

Tél. : 02 524 79 01, fax: 04 254 15 68

E-mail : isabelle.renard@sante.belgique.be

Heures d'ouverture : tous les jours de 9h à 12h et de 14h à 16h. Pour inscription visa (diplômes) : le mardi de 9h à 11h et de 14h à 16h ou sur rendez-vous.

9. Luxembourg

Rue docteur Lomry 3, 6800 Libramont

Tél. : 061 23 00 73, fax : 061 23 43 79

E-mail : IH.libramont@sante.belgique.be

Heures d'ouverture : mardi de 10h à 12h et de 14h à 16h.

10. Namur

Résidence Les Célestines Place des Célestines 25, 5000 Jambes

Tél. : 02 524 99 64

E-mail : juliette.renard@sante.belgique.be ou pierre.stevenant@sante.belgique.be

Heures d'ouverture : tous les jours de 9h à 12h et de 14h à 16h. Pour inscription visa (diplôme), uniquement le mercredi de 9h à 11h30 et de 14h à 15h30.

Bijlagen



Letterwoorden

B.S.	Belgisch Staatsblad
BVAC	Bijkomende verzekering - assurance complémentaire
DAC	Dienst voor administratieve controle
DGEC	Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle
DGV	Dienst voor geneeskundige verzorging
DVU	Dienst voor uitkeringen
ECTS	Europees systeem voor overdragen en accumulatie van studiepunten
EZVK	Europese ziekteverzekeringskaart
Fedasil	Federaal agentschap voor de opvang van asielzoekers
FMO	Fonds voor Medische Ongevallen
FOD	Federale Overheidsdienst
GMD	Globaal medisch dossier
GVH	Getuigschrift voor verstrekte hulp
GVU	Geneeskundige verzorging en uitkeringen
GVU-wet	Geneeskundige Verzorging en Uitkeringen - wet
IGO	Inkomersgarantie voor ouderen
INSZ	Identificatienummer van de sociale zekerheid
ISI	Identification Sociale / Sociale Identificatie / Soziale Identifizierung
K.B.	Koninklijk besluit
LOI	Lokaal Opvanginitiatief
M.B.	Ministerieel besluit
MAF	Maximumfactuur
NGV	Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen
OCMW	Openbaar centrum voor maats
PGC	Provinciale geneeskundige Commissie
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeits-verzekering
ROB	Rustoord voor bejaarden
RVH	Rust- en verzorgingstehuis
SIS-kaart	Sociale identiteitskaart
VGvH	Verzamelgetuigschriften voor verstrekte hulp
VGvU	Verzekering voor Geneeskundige Verzorging en Uitkeringen
VI	Verzekeringsinstellingen
VVT	Vraag tot vrijwillige terugbetaling
WSV	Wetboek van Strafvordering

Index

A

aanrekenen	36
facturatiedienst	42
in een ziekenhuis	51
in serviceflats	52
in verzorgingsinstellingen	52
MyCareNet	42
adviserend geneesheer	58, 65, 67, 68
asielzoeker	76

B

basisverstrekking	57
behandeling stoppen	23
beheerskosten	27
Belgisch Staatsblad	90
beroepsbekwaamheid	12
betrekkelijke waarde	45
bewijsstuk	41
bijzondere beroepstitel	12
bioactief verband	50, 55, 63

C

coëfficiëntgetal	45
controle	31

D

delegeren	53
delegeren van zorgtaken	53
derdebetalersregeling	24, 81
diabetespatiënt	59
Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle	30

E

erkenning	12
Europese ziekteverzekeringskaart	75
euthanasie	87
evaluatie	31
evaluatieschaal	63, 68

F

facturatiedienst	42
Federaal agentschap voor de opvang van asielzoekers	76
feestdagen	66
Fonds voor de Medische Ongevallen	88
forfait	57, 60, 69
functiecomplement	27

G

geïntegreerde diensten voor thuisverzorging	81
getuigschriften	
bestellen	38
van een collega gebruiken	38

I

inbreuken	31
interne documenten	41
interpretatieregels	45

K

Katzschaal 63, 68. <i>See also</i> evaluatieschaal	
kennisgevingsprocedure	67

L

Lokaal Opvanginitiatief (LOI)	76
-------------------------------------	----

M

maximumfactuur	80
MyCareNet	43

N

Nationale overeenkomst	24
nomenclatuur	44
asielzoeker	76
vragen omtrent	69
wettelijke basis	47
wie bepaalt de nomenclatuur	47
nomenclatuur van de verpleegkundige verzorging	48
bijkomende bepalingen	50
indeling	48
toepassingsregels	49

O

omzendbrief	90
oogdruppels	17, 64
oogzalf	64, 65
Overeenkomstencommissies	47

P

palliatieve patiënten	57
palliatieve thuispatiënt	58, 86
permanente vorming	27
Provinciale Geneeskundige Commissie	
adressen	94
pseudocodes	50

R

rechten voor de patiënt	82
rechthebbende op een verhoogde tegemoetkoming	77
referentieverpleegkundige	12, 60
remgeld	77
RIZIV	29
RIZIV-nummer	10

S

schriftelijke lastgeving	41
serviceflats	52
sleutelletter	45
softwarepakket	26
soorten verzekeringen	72
specifieke technische verpleegkundige verstrekkingen	64
specifieke wondzorg	63
supplementen	46

T

tarieven	45
technisch-verpleegkundige verstrekkingen	15
terugbetaling	36
therapeutische vrijheid	21
toepassingsregels	45
toiletten	62

V

vaste verpleegkundige	60
verantwoordelijkheid	22
burgerlijk	23
financiële	22
strafrechtelijk	22
vergoedbaarheid	15, 45
verhoogde tegemoetkoming	78
verpleegdossier	54
verpleegkundig consult	67
verpleegkundige verstrekkingen	15
verstrekkingen	52
gedekt door andere verzekering	52
in het buitenland	53
onterechte vergoeding	22
verleend tijdens een bezoek of raadpleging	52
verleend tijdens een technische verstrekking van een arts	52
vertegenwoordiging van de patiënt	85
verzekerbaarheid	74
Verzekeringscomité	47
verzorgingsinstellingen	52
Vlaamse zorgverzekering	73
voorschrift	51
geldigheidsduur	51
ongeldig	51
vereisten	50

W

website van het RIZIV	90
weekend	66
weigeren	23
een behandeling uit te voeren	23
een behandeling voort te zetten	23

Z

ziekenhuis	51
zorgkundigen	53
zorgtrajecten	82
zorgverzekering	73
zwaar zorgafhankelijke patiënten	57



Beding van afwijzing van aansprakelijkheid.

Aan de informatie die in dit document is vermeld kunnen geen rechten of aanspraken worden ontleend. Bij twijfel of betwisting geldt enkel de wetgeving.

4^e editie, Maart 2016

Verantwoordelijke uitgever: J. De Cock, Tervurenlaan 211, 1150 Brussel

Realisatie: Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC), in samenwerking met de Dienst voor geneeskundige verzorging en de Communicatiecel van het RIZIV, en de deelneming van de Federale overheidsdienst Volksgezondheid

Graphic Design: Communicatiecel RIZIV

Foto's: Ab initio en Vervypics

Wettelijk depot : D/2016/0401/12