RIZIV

Infobox voor de thuisverpleegkundige

Aandachtspunten van de DGEC voor een correcte aanrekening



Woord vooraf

Deze Infobox is een hulpmiddel om u wegwijs te maken in de reglementaire aspecten van thuisverpleging waarvoor het RIZIV bevoegd is (aanrekening aan de ziekteverzekering, reglementering inzake de terugbetaling door ziekteverzekering, doelmatigheid van de zorg, enz.). Het is de bedoeling zorgverleners goed te informeren over de regelgeving om inbreuken te voorkomen die het gevolg zijn van onvoldoende kennis over de reglementering. Door op een correcte manier aan te rekenen, draagt u bij tot het optimale gebruik van het budget van de ziekteverzekering en tot de duurzaamheid van de algemene toegang tot de geneeskundige zorgverlening.

Deze Infobox is niet exhaustief. Hij vervangt de wet en de toepasselijke regelgeving niet. We wijzen u erop dat “iedereen geacht wordt de wet te kennen”. U moet dus de nomenclatuur kennen evenals de reglementering die van toepassing is op uw beroep.

Deze Infobox werd bijgewerkt op 1 september 2026.

Inhoudstafel

1ste deel. De DGEC van het RIZIV 8

I. Voorstelling van de DGEC 9

Wat is de DGEC? 9

Wat is het RIZIV? 9

Wat is de opdracht van de DGEC? 9

Voor welke reglementeringen is de DGEC bevoegd? 9

Hoe is de DGEC georganiseerd? 10

Hoe beslist de DGEC om tot een bepaalde actie over te gaan? 10

Hoe kan een (vermoeden van een) inbreuk worden gemeld? 11

II. Acties van de DGEC 12

1. Analyse 12

Wat is het doel van de analyse? 12

Wat zijn de analysemethoden? 12

Welke gegevens worden er geanalyseerd? 12

2. Adviesfunctie 13

Wat is het doel van de adviesfunctie? 13

Bij welke instanties oefent de DGEC een adviesfunctie uit? 13

3. Sensibilisering en preventie 14

Wat is het doel van de sensibilisering? 14

Hoe sensibiliseren we? 14

4. Controle 15

Wat zijn de doelstellingen van de controle? 15

Welke gegevens worden gecontroleerd? 15

Hoe verloopt een controleonderzoek? 15

Wat zijn de bevoegdheden van de sociaal inspecteurs? 17

Wat zijn de inbreuken bepaald in de wet betreffende de ziekteverzekering? 18

Wat zijn de mogelijke gevolgen van een controleonderzoek? 20

Wanneer wordt een geschillenprocedure opgestart na een controleonderzoek en bij welke instantie? 21

Welke maatregelen kunnen worden opgelegd? 22

Hoe inbreuken vermijden? 24

Hoe reageren bij een controleonderzoek? 24

5. Impactmetingen 24
Wat is de bedoeling van de impactmeting? 24
Hoe meten we de impact van onze acties? 24

2e deel. Reglementering voor de verpleegkundige 25

I. Voorwaarden om te mogen aanrekenen als verpleegkundige 26
Welke documenten hebt u nodig om het beroep van verpleegkundige te mogen uitoefenen? 26
Hebt u een RIZIV-nummer nodig? 26
Waar moet u zich inschrijven als u een praktijk begint als zelfstandige? 27

II. Manieren om aan te rekenen 28
1. Op papier of digitaal 28
Wat betekent 'aanrekenen'? 28
Hoe op papier aanrekenen? 28
Hoe elektronisch aanrekenen? 28
2. Met de derde-betalersregeling 29
Wat is de derde-betalersregeling? 29
Welke zijn de voorwaarden om de derde-betalersregeling toe te passen? 29
3. In solo-praktijk of in groepspraktijk 30
Hoe werkt u in een solo-praktijk? 30
Hoe werkt u in een groepspraktijk? 30
4. In een medisch huis 31
Wat is een medisch huis? 31
Hoe werkt een medisch huis? 31
Hoe factureert u aan een medisch huis als externe thuisverpleegkundige? 31
5. Geconventioneerd of niet 32
Wat is de 'conventie'? 32
Hoe kan u toetreden tot de nationale overeenkomst? 32
Hoe kan u uittreden uit de nationale overeenkomst? 32
Wat zijn de gevolgen van de toetreding aan de nationale overeenkomst? 33
Wat is de Overeenkomstencommissie verpleegkundigen-verzekeringsinstellingen? 33

III. Aanrekenbare zorgen aan ziekteverzekering 34
Welke verpleegkundigen handelingen kunt u uitvoeren? 34
Welke verpleegkundige handelingen mag u aanrekenen aan de ziekteverzekering? 34
Kan u aan de ziekteverzekering verstrekkingen aanrekenen die door een zorgkundige of een basisverpleegkundige werden uitgevoerd? 34

IV. Verplichtingen in verband met aanrekening 35

1. Verificatie van de identiteit van de patiënt 35

In welk geval moet u de identiteit van uw patiënt verifiëren? 35

Hoe de identiteit van uw patiënt verifiëren? 35

2. Bewijsstuk van aangerekende verstrekkingen 36

Wanneer moet u een bewijsstuk bezorgen aan uw patiënt? 36

Welke elementen moet u vermelden? 36

Aan wie bezorgt u het bewijsstuk? 37

Hoe reikt u het bewijsstuk uit? 37

3. Kennisgeving (adviserend arts) 37

Voor welke verstrekkingen moet u een kennisgeving sturen naar de adviserend arts? 37

Wat zijn de voorwaarden om een kennisgeving naar de adviserend arts te sturen? 38

V. Nomenclatuur 39

1. Algemeen 39

Wat is de nomenclatuur? 39

Waar kan u de nomenclatuur raadplegen? 39

Wat zijn de toepassingsregels? 40

Wat zijn interpretatieregels? 40

2. Nomenclatuur voor verpleegkundigen: artikel 8 40

Wat is de nomenclatuur voor verpleegkundigen? 40

Wie bepaalt de nomenclatuur voor verpleegkundigen? 40

Welke informatie vindt u terug in artikel 8 van de nomenclatuur? 41

Hoe zijn de verpleegkundige verstrekkingen ingedeeld? 41

Wat zijn de toepassingsregels voor verpleegkundigen? 42

Wat zijn de interpretatieregels voor verpleegkundigen? 43

VI. Richtlijnen 44

Wat zijn de richtlijnen voor verpleegkundigen? 44

Wie stelt de richtlijnen voor verpleegkundigen op? 44

Waar kan u de richtlijnen voor verpleegkundigen vinden? 44

VII. Dit moet u absoluut weten 45

1. Aansprakelijkheid 45

Wat zijn uw verantwoordelijkheden met betrekking tot wat er met uw RIZIV-nummer wordt aangerekend? 45

2. Tarieven en vergoedingen van verpleegkundige verzorging 46

Wie bepaalt de prijzen en honoraria van de verpleegkundige verzorging? 46

Hoe wordt de vergoeding van de verpleegkundige verzorging berekend door de ziekteverzekering? 46

Hoeveel rekent u aan de patiënt aan als u tot de nationale overeenkomst bent toegetreden? 46

Hoeveel rekent u aan de patiënt aan als u niet tot de nationale overeenkomst bent toegetreden? 47

3. Verpleegdossier 47

Moet u een verpleegkundig dossier aanleggen? 47

Wat is de minimale inhoud van het verpleegkundig dossier? 48

4. Toiletten 49

Wat is een toilet? 49

Wat zijn de voorwaarden om een toilet aan te rekenen aan een patiënt? 49

Wat is de Katz-schaal? 50

Wat zijn de forfaits? 51

5. Palliatieve thuiszorg 52

Mag u palliatieve thuiszorg aanrekenen? 52

Welke honoraria mag u aanrekenen voor palliatieve thuiszorg? 52

Wat zijn de voorwaarden voor het aanrekenen van palliatieve thuiszorg? 52

6. Wondzorg 53

Welke types wondzorg zijn er? 53

Wat zijn de voorwaarden om wondzorg aan te rekenen? 54

Welke documenten moet u bezorgen aan de arts die de wonde superviseert? 54

7. Verstrekkingen voor diabetespatiënten 55

Wat zijn de forfaitaire honoraria voor de verstrekkingen voor diabetespatiënten? 55

8. Referentieverpleegkundige inzake wondzorg en diabetologie 57

Wat zijn de voorwaarden om referentieverpleegkundige inzake wondzorg te worden? 57

Wat zijn de voorwaarden om referentieverpleegkundige inzake diabetologie te worden? 57

9. Medisch voorschrift 58

Welke verstrekkingen mag u alleen aanrekenen als ze zijn voorgeschreven? 58

Aan welke vereisten moeten medische voorschriften voldoen? 58

Wat moet u doen als het voorschrift onvolledig of ongeldig is? 59

10. Cumulverbod autosondage door patiënt en sondage door de verpleegkundige 59

Mag u aan de ziekteverzekering een sondage aanrekenen uitgevoerd bij een patiënt die aan autosondage doet? 59

11. Verstrekkingen die niet aan de ziekteverzekering kunnen worden aangerekend 60

Welke verstrekkingen mag u niet aanrekenen? 60

Mag u niet-aanrekenbare verstrekkingen verlenen? 60

12. Facturatietermijn 60

Wanneer moeten de getuigschriften voor verstrekte hulp naar de ziekenfondsen worden verzonden? 60

13. Maximumaantal W-waarden per kalenderjaar 61

Wat is het maximumaantal W-waarden? 61

Wat gebeurt er als u het maximumaantal W-waarden overschrijdt? 61

14. Zorgkundigen in gestructureerde equipes van thuisverpleegkundigen 62

Kan u een zorgkundige opnemen in uw gestructureerd equipe? 62

Onder welke voorwaarden kunnen de verstrekkingen die werden gedelegeerd aan een zorgkundige in uw gestructureerde equipe worden vergoed? 62

Welke voorwaarden zijn van toepassing op uw controlebezoeken wanneer u verpleegkundige handelingen aan een zorgkundige delegeert? 63

Hoe moet u de zorg aanrekenen die gedelegeerd is aan zorgkundigen? 64

15. Basisverpleegkundigen in zorgteams 64

Kan u verstrekkingen delegeren aan een basisverpleegkundige? 64

Onder welke voorwaarden kunnen de verstrekkingen die zijn uitgevoerd door een basisverpleegkundige worden vergoed? 64

Hoe moet u de zorg aanrekenen die is uitgevoerd door een basisverpleegkundige? 65

16. Publiciteit 66

Mag u publiciteit maken voor uw verpleegkundige activiteit? 66

In welke gevallen is het verboden om publiciteit te maken voor uw verpleegkundige activiteit? 66

1ste deel

De DGEC van het RIZIV



I. Voorstelling van de DGEC

Wat is de DGEC?

De Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC) is een inspectiedienst van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV).

Wat is het RIZIV?

Het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) is een sleutelactor in de sociale zekerheid met een dubbele missie. We staan ervoor in dat:

- iedere verzekerde, ongeacht zijn situatie, effectief toegang heeft tot en vergoed wordt voor de nodige kwalitatieve geneeskundige zorgen, die doeltreffend en in overeenstemming met de tariefafspraken verleend worden;
- de verzekerde werknemers en zelfstandigen een adequaat vervangingsinkomen ontvangen bij arbeidsongeschiktheid of ouderschap en dat hen reële kansen op re-integratie na een arbeidsongeschiktheid worden aangeboden.

Meer info over de opdrachten, de structuur van onze diensten, de organen en de activiteiten van het RIZIV vindt u op onze website.

Wat is de opdracht van de DGEC?

De opdracht van de DGEC[1] bestaat erin te waken over het optimale gebruik van het budget van de ziekteverzekering. Zo kan de toegang tot kwaliteitsvolle gezondheidszorg worden gegarandeerd, nu en in de toekomst. Daartoe willen we onze impact vergroten op het voorschrijf- en aanrekengedrag van zoveel mogelijk zorgverleners en zorginstellingen. We gaan na of ze hun verstrekkingen correct aanrekenen aan de ziekteverzekering binnen het wettelijke en reglementaire kader (wet betreffende de ziekteverzekering, nomenclatuur, richtlijnen, principes van conformiteit en realiteit, enz.).

Voor welke reglementeringen is de DGEC bevoegd?

De DGEC is hoofdzakelijk bevoegd voor aangelegenheden uit:

- de wet betreffende de ziekteverzekering[2];
- de nomenclatuur[3].

Hij is eveneens bevoegd voor elke regelgeving betreffende de aanrekening aan de ziekteverzekering, zoals richtlijnen en omzendbrieven specifiek voor de beroepsgroepen van zorgverleners.

---

[1] Art. 139 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

[2] Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

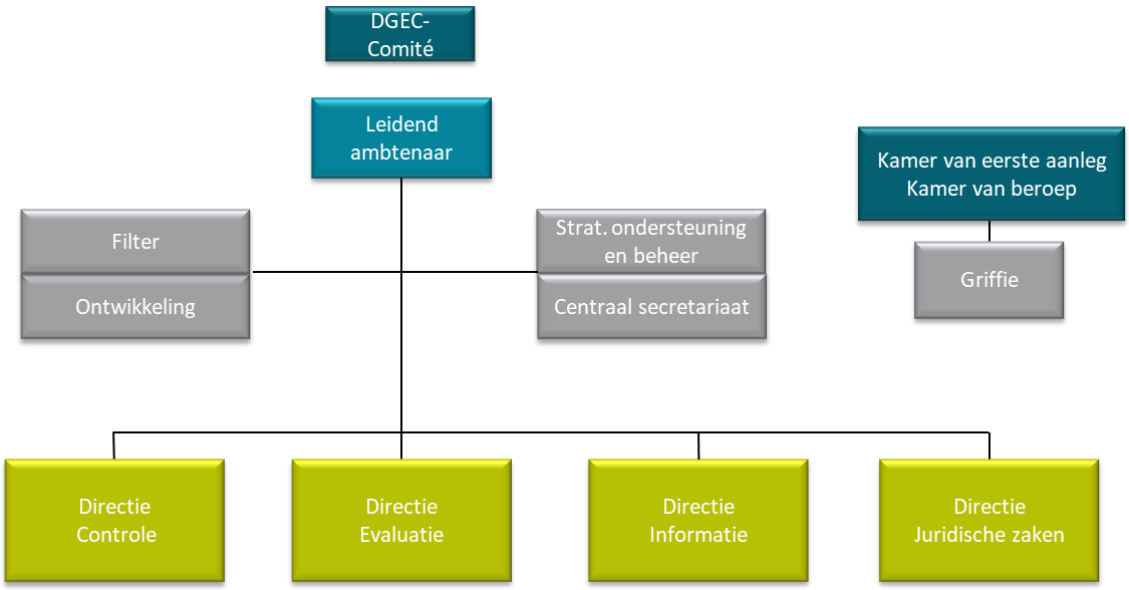
[3] Bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Hij is echter niet bevoegd op het vlak van deontologie, de lichamelijke geschiktheid van de arts, enz.

Hoe is de DGEC georganiseerd?

De DGEC is georganiseerd volgens onderstaande structuur.

Figuur 1 - Organisatiestructuur DGEC



* De kamer van eerste aanleg en de kamer van beroep zijn administratieve rechtscolleges die zijn ingesteld bij de DGEC. Ze worden voorgezeten door een magistraat en bestaan uit leden die zijn voorgedragen door de ziekenfondsen en door de betrokken beroepsgroepen. Ze zetelen onafhankelijk en onpartijdig. de rechten van de verdediging zijn gewaarborgd.

Bron: RIZIV – DGEC

Hoe beslist de DGEC om tot een bepaalde actie over te gaan?

Een DGEC-actie kan het gevolg zijn van een externe melding of van een intern voorstel. Een externe melding is een klacht, een verzoek of een opdracht van buitenaf. Een intern voorstel komt van een personeelslid na een eigen analyse. Bovendien voeren we systematisch risicoanalyses uit voor alle beroepsgroepen.

Een gecentraliseerd team (met de naam “Filter”) ontvangt en analyseert de externe meldingen en interne voorstellen. Het toetst ze o.a. aan de bevoegdheid van de DGEC, zijn strategische prioriteiten en beschikbare middelen. Het team verleent een advies aan het Beslissingsorgaan/Organe décisionnel (BOD). Het BOD beslist welke actie de DGEC zal ondernemen en welke middelen hiervoor worden ingezet.

Het kan gaan om een verdere (risico)analyse, informatieverstrekking en/of een (nationaal) controleonderzoek. De DGEC volgt in dit geval een meervoudige strategie: informeren, controleren en evalueren (ICE). De acties kunnen simultaan of opeenvolgend gerealiseerd worden. De feitelijke omstandigheden geven meestal aan welke acties en in welke volgorde ze aangewezen zijn. Deze acties worden uitgevoerd door een multidisciplinair team.

Hoe kan een (vermoeden van een) inbreuk worden gemeld?

Elke inbreuk of elk vermoeden van een inbreuk kan aan de DGEC worden gemeld op het volgende e-mailadres: secr.dgec.secm@riziv-inami.fgov.be.

De identiteit van de melder wordt in geen geval bekendgemaakt. De identiteit kan alleen worden bekendgemaakt wanneer de melder daartoe uitdrukkelijk toestemming geeft.

De melder zal een ontvangstbewijs ontvangen, maar geen informatie over het gevolg dat aan zijn melding is gegeven (wegens de verplichting tot geheimhouding).

II. Acties van de DGEC

1. Analyse

Wat is het doel van de analyse?

Het doel van de analyse is een duidelijk beeld te krijgen van het aanreken- en voorschrijfgedrag en ook van de praktijkvoering van de zorgverleners en zorginstellingen. Zo kunnen ontwikkelingen en variaties in gedrag, alsook eventuele anomalieën (bijvoorbeeld outliers) worden opgespoord.

Die informatie wordt gebruikt om te bepalen welke acties later moeten worden opgestart: sensibilisering, controle, adviesfunctie, verzoek om informatie van de betrokken partijen of meer diepgaande analyse.

Wat zijn de analysemethoden?

We voeren data-analyses (datamining) en terreinanalyses over de aanrekeningen door zorgverleners of groepen van zorgverleners. Die evaluatie bestaat erin hun praktijken, zowel op het vlak van voorschrijven als op het vlak van het uitvoeren van verstrekkingen, te vergelijken met de geldende reglementering en/of met de algemene regels voor een goede praktijkvoering (evidence-based medicine / EBM) met betrekking tot:

- overconsumptie/doelmatigheid;
- realiteit/conformiteit.

De zorgverleners die afwijkend aanreken- of voorschrijfgedrag vertonen van de norm, kunnen worden uitgenodigd om hun werkwijze toe te lichten.

Welke gegevens worden er geanalyseerd?

We analyseren op regelmatige basis:

- de facturatiegegevens die afkomstig zijn van de ziekenfondsen:
  - de evolutie van het globale budget van de beroepsgroepen,
  - de facturatieprofielen van de zorgverleners en zorginstellingen,
  - de farmaceutische verstrekkingen die de openbare apotheken afleveren;
- andere medische gegevens zoals protocollen, medische dossiers, enz.

2. Adviesfunctie

Wat is het doel van de adviesfunctie?

Een correcte toepassing van de reglementering impliceert een heldere formulering. Daarom kunnen we wijzigingen voorstellen van de nomenclatuur en van andere reglementaire teksten, op basis van onze expertise van het werkveld. Het is de bedoeling om de partners van de ziekteverzekering correct te informeren en om duidelijke en controleerbare wettelijke bepalingen op te stellen.

Bij welke instanties oefent de DGEC een adviesfunctie uit?

We zetelen met adviserende stem in verschillende technische raden, overeenkomstencommissies en werkgroepen van het RIZIV, onder meer de Overeenkomstencommissie verpleegkundigen-verzekeringsinstellingen en het Nationaal college van adviserend artsen.

> Voorbeeld van adviesfunctie: nadat we een sterke overschrijding van het geplande budget hadden opgemerkt, hebben we aan de werkgroep Inwendige geneeskunde van de Technische geneeskundige raad een interpretatieregel voorgesteld over nomenclatuurnummer 474736-474740 (onderzoek van de gal- en pancreaswegen door middel van endoscopie). Aan de hand van een analyse konden we opsporen dat de stijging toe te schrijven was aan een slechte interpretatie van dat nieuwe nomenclatuurnummer. De interpretatieregel zorgde ervoor dat het toepassingsgebied van het nomenclatuurnummer kon worden verduidelijkt. Die regel is goedgekeurd door de leden van de werkgroep en op 17 mei 2019 bekendgemaakt in het Belgisch Staatsblad.

3. Sensibilisering en preventie

Wat is het doel van de sensibilisering?

We sensibiliseren regelmatig de zorgverleners en zorginstellingen over de noodzaak om de reglementering betreffende de ziekteverzekering na te leven ter voorkoming van fouten en inbreuken op die reglementering.

Hoe sensibiliseren we?

We sensibiliseren de zorgverleners en zorginstellingen aan de hand van:

- brochures en informatiefolders, zoals:
  - Infoboxen die voor specifieke beroepsgroepen bestemd zijn,
  - *Opdrachten en procedures*: voor de zorgverleners die het voorwerp uitmaken van een controleonderzoek,
  - het jaarverslag, waarin alle activiteiten van de DGEC van het voorgaande jaar worden voorgesteld,
  - de folder *Mijn RIZIV-nummer als verpleegkundige, daar draag ik zorg voor!* waarin wordt uitgelegd wanneer een RIZIV-nummer vereist is en hoe dit tegen fraude (door onrechtmatig gebruik) kan worden beschermd;
- lezingen over de rol van de DGEC en de reglementering voor de zorgverleners, op ons eigen initiatief of op verzoek van beroepsverenigingen;
- sensibiliseringsbrieven aan beroepsgroepen: bijvoorbeeld aan alle verpleegkundigen in de thuiszorg, aan alle groeperingen van verpleegkundigen of aan de outliers die werden opgespoord tijdens een analyse van de facturatiegegevens van een verstrekking in het bijzonder. Deze brieven hebben tot doel de zorgverleners te herinneren aan de reglementering, hen te verzoeken om de onterechte/foutieve verstrekkingen te regulariseren en hen te waarschuwen dat het aanrekenen of voorschrijven van die verstrekking in de toekomst zal worden geanalyseerd en eventueel zal worden gecontroleerd;
- publicaties op de website van het RIZIV: om een breed publiek te bereiken, communiceren we als DGEC ook via de website van het RIZIV over enkele van onze sensibiliseringsacties (bijvoorbeeld over het correct gebruik van de bijkomende honoraria voor dringende contacten bij huisartsen) of proberen we zorgverleners te sensibiliseren aan de hand van herinneringen aan de reglementering.

4. Controle

Wat zijn de doelstellingen van de controle?

De doelstelling van de controleonderzoeken bestaat erin na te gaan of de zorgverleners de regelgeving correct toepassen. Bij een inbreuk reageren we proportioneel: we kunnen bijvoorbeeld waarschuwen en/of de onterechte aanrekeningen terugvorderen.

Welke gegevens worden gecontroleerd?

Het gaat om de facturatiegegevens die afkomstig zijn van de ziekenfondsen en geneeskundige voorschriften.

Hoe verloopt een controleonderzoek?

Een controleonderzoek wordt gevoerd door het inspecterend personeel van de DGEC. Dit zijn sociaal inspecteurs zoals bedoeld in het Sociaal Strafwetboek: verpleegkundigen-controleurs, artsen-inspecteurs, apothekers-inspecteurs, tandartsen-inspecteurs of sociaal inspecteurs met een andere beroepskwalificatie. Ze voeren de opdrachten van de DGEC uit op het terrein.

Een controleonderzoek begint bij de analyse van de facturatiegegevens of andere documenten. De DGEC heeft immers onder andere de opdracht om na te gaan of de aanrekeningen aan de ziekteverzekering correct zijn. Naast de aanrekeningen worden ook andere relevante gegevens geanalyseerd zoals: patiëntendossiers, verpleegdossiers, voorschriften, aanvragen en kennisgevingen aan het ziekenfonds (o.a. de Katz-schalen), de gegevens van andere partners (zoals RVA of RSVZ), enz.

Vervolgens kunnen de sociaal inspecteurs inlichtingen verzamelen door middel van verhoren. Een verhoor is een vraag- en antwoordgesprek waarbij de sociaal inspecteurs doelgericht vragen stellen en de antwoorden noteren. De informatie die tijdens het verhoor genoteerd werd, kan in rechte gebruikt worden. De sociaal inspecteurs kunnen elke persoon verhoren waarvan ze dit nuttig achten voor de uitoefening van hun controleopdracht. In eerste instantie zijn dit meestal de patiënten waarvoor zorgen aan de ziekteverzekering werden aangerekend. Bijkomend kunnen ook andere personen ondervraagd worden die belangrijke inlichtingen kunnen verstrekken, zoals: naaste familieleden van de patiënten, andere zorgverleners (bijvoorbeeld andere thuisverpleegkundigen, huisartsen, of kinesitherapeuten), evenals andere diensten of zorginstellingen (rusthuizen, ziekenhuizen, facturatiediensten, softwareleveranciers, sociale secretariaten, thuiszorgorganisaties, OCMW's, enz.).

Patiënten, familieleden, andere zorgverleners en andere diensten worden meestal verhoord als 'getuige'. De sociaal inspecteurs kunnen hen vooraf uitnodigen voor een verhoor, maar ze kunnen hen ook onaangekondigd aan huis of op hun praktijkadres bezoeken met de vraag om daar een verhoor af te nemen.

Het doel van het inwinnen van alle inlichtingen (uit facturatiegegevens, documenten en verhoren) is om te na te gaan of de reglementering wordt nageleefd en of er correct werd aangerekend aan de ziekteverzekering. De sociaal inspecteurs kunnen op basis van de verzamelde informatie tot de conclusie komen dat er correct werd aangerekend, maar ook dat er mogelijks inbreuken werden

gepleegd. De betrokken zorgverlener kan uitgenodigd worden voor een verhoor, of de mogelijkheid krijgen om een afspraak voor een verhoor te maken. Hij ontvangt hierbij ook een "verklaring van zijn rechten". Dit is een officiële, door de wet voorziene opsomming van alle rechten die iemand heeft wanneer hij wordt verhoord als 'verdachte'. Tijdens dit verhoor worden er gerichte vragen gesteld over het aanrekengedrag van de betrokken zorgverlener bij de betrokken patiënten, of bij een bepaalde groep van patiënten, of voor een bepaalde verstrekking.

Een zorgverlener schendt het beroepsgeheim niet wanneer hij medische inlichtingen verstrekt aan de sociaal inspecteurs van de DGEC.[4] Bovendien moeten zorgverleners hun medewerking verlenen aan het onderzoek en mogen ze het toezicht door de sociaal inspecteurs niet belemmeren.[5]

Het verloop van het verhoor (van de 'verdachte' of de 'getuige') wordt nauwkeurig weergegeven in een proces-verbaal van verhoor, waarvan de verhoorde achteraf een kosteloze kopie ontvangt, indien hij dit wenst.

Er zijn verschillende mogelijke gevolgen van het controleonderzoek. Wanneer een zorgverlener verstrekkingen niet correct heeft aangerekend aan de ziekteverzekering en de sociaal inspecteur dus een inbreuk heeft vastgesteld, dan kan de inspecteur een proces-verbaal van vaststelling opstellen. Het proces-verbaal van vaststelling is het schriftelijke verslag van de materiële bestanddelen van de inbreuk.

Een afschrift van het proces-verbaal van vaststelling wordt persoonlijk overhandigd tegen ontvangstbewijs, of via een aangetekende brief of via eServices[6] verstuurd aan de betrokken natuurlijke persoon en/of rechtspersoon, en desgevallend ook aan de persoon die hoofdelijk verantwoordelijk is (of samen verantwoordelijk zijn) voor de terugbetaling van het onverschuldigde bedrag van de inbreuk.

Bij het afschrift van een proces-verbaal van vaststelling voegen de sociaal inspecteurs een uitnodiging tot vrijwillige terugbetaling toe. Het is een uitnodiging om het door de DGEC berekende onverschuldigde bedrag terug te betalen (het onverschuldigde bedrag is het bedrag dat de zorgverlener ten onrechte had aangerekend en dat de ziekteverzekering dus niet had moeten uitbetalen). Een vrijwillige terugbetaling door de zorgverlener kan onder voorbehoud gebeuren en sluit niet per definitie uit dat de zorgverlener de tenlasteleggingen nog ten gronde kan betwisten. De rechten van verdediging van de zorgverlener gelden nog steeds na een vrijwillige terugbetaling. Op basis van verschillende factoren kan de DGEC nog steeds een geschillenprocedure opstarten, zelfs na een vrijwillige terugbetaling. Een eventuele vrijwillige terugbetaling wordt dan meegenomen in de debatten.

[4] Art. 150 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994.

[5] Art. 209 van het Sociaal Strafwetboek.

[6] Elektronische en beveiligde informatie-uitwisseling tussen de DGEC en de zorgverleners.

Wat zijn de bevoegdheden van de sociaal inspecteurs?

De sociaal inspecteurs (in de zin van het Sociaal Strafwetboek) beschikken over de volgende bevoegdheden op het terrein:[7]

- iedere persoon verhoren als ze dit noodzakelijk achten;
- waarschuwingen en processen-verbaal van vaststelling opstellen;
- de zorgverleners verplichten om hen inlichtingen en documenten te verschaffen die zij nodig hebben om hun controleonderzoeken te kunnen voeren[8];
- alle informatiedragers (boeken, registers, documenten, elektronische informatiedragers) in beslag nemen of verzegelen, die noodzakelijk zijn om hun opdracht te vervullen;
- elk officieel identiteitsdocument opvragen (identiteitskaart, paspoort, rijbewijs, enz.), vaststellingen doen, foto's nemen;
- op elk ogenblik van de dag of van de nacht, zonder voorafgaande verwittiging, bij de uitoefening van hun opdracht vrij binnengaan in alle arbeidsplaatsen of hiermee gelijkgesteld;
- binnengaan in bewoonde ruimten zonder de toestemming van de bewoner, op voorwaarde dat ze in het bezit zijn van een machtiging tot visitatie uitgereikt door de onderzoeksrechter.
- overgaan tot het opsporen en onderzoeken van alle informatiedragers die sociale gegevens bevatten of elke andere bij wet voorgeschreven informatiedrager die informatie bevat die zij nodig achten voor het controleonderzoek;
- het downloaden of kopieën nemen, in welke vorm ook, ongeacht de dragers, van de informatiedragers of van de gegevens die zij bevatten, of zich deze kosteloos laten verstrekken;
- een vertaling eisen in één van de nationale talen van de gegevens wanneer deze zijn opgesteld in een andere taal dan één van de nationale talen;
- vaststellingen doen door middel van het maken van beeldmateriaal, ongeacht het technisch hulpmiddel of de drager;
- de beroepsordes[9] (Orde der artsen en Orde der apothekers), de Procureur des Konings[10] en andere federale controlediensten informeren voor zover de inlichtingen die ze in de uitoefening van hun opdracht inwonnen onder de bevoegdheid vallen van deze derden[11].

De sociaal inspecteurs van de DGEC kunnen bovendien gebruikmaken van een verificatiemethode aan de hand van steekproeven en extrapolatie om het ten laste gelegde bedrag te berekenen. Dit met als doel om een vaststelling die hij bij een steekproef van patiënten doet, uit te breiden tot het hele patiëntenbestand van een zorgverlener. Die operatie verloopt volgens precieze regels: de steekproef moet aleatoir worden getrokken en moet voldoende representatief zijn voor de populatie. De wet betreffende de ziekteverzekering definieert de stappen die bij het gebruik van deze methode moeten worden gevolgd.[12]

---

[7] Art. 23 en volgende van het Sociaal Strafwetboek.

[8] Art. 150 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

[9] Art. 146, § 3, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

[10] Art. 29 van het Wetboek van Strafvordering.

[11] Art. 54 van het Sociaal Strafwetboek.

[12] Art. 146, § 2/1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Wat zijn de inbreuken bepaald in de wet betreffende de ziekteverzekering?

De wet betreffende de ziekteverzekering (GVU-wet) definieert 10 inbreuken.[13] Bij thuisverpleegkundigen stellen we hoofdzakelijk de eerste 2 inbreuken vast.

1. Niet-verleende verstrekkingen aanrekenen

Reglementaire documenten die de terugbetaling toelaten van de geneeskundige verstrekkingen opstellen, laten opstellen, afleveren of laten afleveren die niet werden verleend of afgeleverd of wanneer zij werden verleend of afgeleverd gedurende een tijdelijke of definitieve periode van verbod tot uitoefening van het beroep.

> Bijvoorbeeld: dagelijks aanrekenen maar in het weekend geen zorgen verlenen; blijven aanrekenen terwijl de patiënt op vakantie is.

2. Verstrekkingen niet volgens de regels aanrekenen

Reglementaire documenten die de terugbetaling toelaten van de geneeskundige verstrekkingen opstellen, laten opstellen, afleveren of laten afleveren die niet voldoen aan de voorwaarden bepaald in de GVU-wet, in haar uitvoeringsbesluiten en verordeningen of in de overeenkomsten en akkoorden afgesloten krachtens de GVU-wet en/of verstrekkingen bedoeld in artikel 34 van de GVU-wet voor te schrijven gedurende een tijdelijke of definitieve periode van verbod tot uitoefening van het beroep.

> Bijvoorbeeld: het verpleegdossier niet aanvullen; overscoring van de Katz-schaal.

3. Verstrekkingen aanrekenen die noch curatief, noch preventief zijn

Reglementaire documenten die de terugbetaling toelaten van de geneeskundige verstrekkingen opstellen, laten opstellen, afleveren of laten afleveren van wanneer de uitgevoerde verstrekkingen noch preventief noch curatief zijn in de zin van artikel 34 van de GVU-wet.

> Bijvoorbeeld: het gebruik van nomenclatuurnummers voor verstrekkingen met esthetische doeleinden die niet mogen worden aangerekend (bijvoorbeeld een laserepilatie).

4. Overbodige of onnodig dure verstrekkingen aanrekenen

Uitvoeren en aanrekenen aan de ziekteverzekering van overbodige of onnodig dure verstrekkingen in de zin van artikel 73 van de GVU-wet.

> Bijvoorbeeld: een dagelijks huisbezoek uitvoeren bij een patiënt zonder dat daar een medische noodzaak voor is.

5. Overbodige of onnodig dure verstrekkingen voorschrijven

Die inbreuk is van toepassing op het voorschrijven van verstrekkingen en geneesmiddelen met uitzondering van die uit hoofdstuk II van de lijst van vergoedbare farmaceutische specialiteiten.

> Bijvoorbeeld: foliumzuur voorschrijven als magistrale bereiding wanneer er geen medische indicatie of bewezen meerwaarde voor is.

[13] Art. 73*bis* van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

6. Bepaalde geneesmiddelen voorschrijven terwijl men indicatoren en aanbevelingen overtreedt

Sommige farmaceutische specialiteiten (bedoeld in artikel 35*bis*, § 10, tweede lid, van de GVU-wet) voorschrijven:

- boven de drempels bepaald door de indicatoren bepaald door het Comité voor de evaluatie van de medische praktijk inzake geneesmiddelen,
- zonder voldoende de aanbevelingen van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen na te leven.

Het gaat hier om het voorschrijven van farmaceutische specialiteiten van hoofdstuk II, geneesmiddelenklassen waarvoor ruim verspreide en algemeen gekende principes van goede medische praktijk bestaan. De toestemming van de adviserend arts is niet vereist maar er kan nog steeds a posteriori worden nagegaan of het voorschrift in overeenstemming is met de aanbevelingen van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen.

> Bijvoorbeeld: fibraten voorschrijven voor een patiënt die niet voldoet aan de voorwaarden van hoofdstuk II.

7. Niet-conforme documenten afleveren

Reglementaire documenten niet afleveren wanneer de aflevering ervan verplicht is of reglementaire documenten opstellen, laten opstellen, afleveren, laten afleveren die onregelmatig zijn zonder dat de vergoedingsvoorwaarden van de geneeskundige verstrekkingen in het gedrang komen.

> Bijvoorbeeld: aanrekenen via MyCareNet zonder afleveren van bewijsstuk aan de patiënt.

8. Aanzetten tot het voorschrijven of uitvoeren van overbodige of onnodig dure verstrekkingen

Een zorgverlener aanzetten tot het voorschrijven of uitvoeren van verstrekkingen die overbodig of onnodig duur zijn.

> Bijvoorbeeld: een ziekenhuis spoort haar artsen aan om veel CT-scans te nemen, ook al zijn ze niet nodig.

9. Onterechte voorschotten aanvaarden

Voorschotten aanvaarden buiten de in artikel 53 § 1/1 van de bedoelde grenzen van GVU-wet.

> Bijvoorbeeld: een tandarts die een voorschot vraagt van meer dan 75 % van het volledige bedrag voor de behandeling van de volgende 6 maanden.

10. De verplichte toepassing van de derde-betalersregeling niet naleven

Het gaat om de verplichting bepaald in artikel 53 § 1, veertiende lid van de GVU-wet. Dat heeft zowel betrekking op het papieren als op het elektronische getuigschrift.

> Bijvoorbeeld: een huisarts past de derde-betalersregeling niet toe voor een patiënt die verhoogde tegemoetkoming geniet.

Wat zijn de mogelijke gevolgen van een controleonderzoek?

De arts-inspecteur generaal van de directie Controle beslist welk gevolg er wordt gegeven aan een controleonderzoek.

- **Negatief**: controleonderzoeken die we beëindigen zonder een inbreuk te hebben vastgesteld.
- **Informatief**: controleonderzoeken waarbij we:
  - een beperkte onregelmatigheid ontdekken die noch een proces-verbaal van vaststelling, noch een waarschuwing, noch een aanvraag tot regularisatie rechtvaardigt;
  - en de betrokkene informeren over de toepasselijke reglementering.
- **Waarschuwing**: controleonderzoeken waarbij we een inbreuk hebben ontdekt, maar waarvoor we geen proces-verbaal van vaststelling hebben opgesteld. We informeren de zorgverlener of zorginstelling over de vastgestelde inbreuk en sporen hem/haar aan om voortaan de reglementering na te leven. We mogen hem/haar ook vragen om de situatie te regulariseren door het ten onrechte aangerekende bedrag rechtstreeks aan de ziekenfondsen terug te betalen.
- **Vaststelling zonder geschillenprocedure**: controleonderzoeken waarvoor we geen procedure inleiden bij de leidend ambtenaar van de DGEC of de administratieve rechtscolleges omdat de zorgverlener of zorginstelling een inbreuk heeft begaan voor een bedrag lager dan of gelijk aan 3.000 euro en het volledige ten laste gelegde bedrag vrijwillig heeft terugbetaald. In dat geval bevestigen we aan de zorgverlener of de zorginstelling de ontvangst van die vrijwillige terugbetaling na het proces-verbaal van vaststelling en wijzen we op een mogelijke opvolging van zijn/haar aanrekeningen in de toekomst.
- **Vaststelling met geschillenprocedure**: controleonderzoeken waarbij de zorgverlener of de zorginstelling moedwillige inbreuken heeft begaan en/of waarbij het ten laste gelegde bedrag hoger was dan 3.000 euro en/of het ten laste gelegde bedrag niet (volledig) heeft terugbetaald. We kunnen een procedure inleiden:
  - voor de leidend ambtenaar van de DGEC of
  - voor de kamer van eerste aanleg.
- **Zonder gevolg DGEC**: controleonderzoeken waaraan de DGEC geen gevolg geeft. Het gevolg wordt door een andere instantie gegeven, bijvoorbeeld door:
  - de Dienst voor administratieve controle,
  - het arbeidsauditoraat,
  - het parket van de procureur des Konings,
  - de Orde der artsen,
  - het Federaal Agentschap voor geneesmiddelen en gezondheidsproducten,
  - enz.

  In zaken die naar het auditoraat of het parket zijn doorverwezen, blijven onze sociaal inspecteurs vaak verhoren houden en acties ondernemen op verzoek van de magistraten. We plegen regelmatig overleg met deze magistraten met het oog op een goede opvolging van de dossiers die we samen behandelen en om de dossiers voor te stellen die we hun zouden willen toevertrouwen.

  Bovendien, als de aangegeven feiten aanleiding geven tot een gerechtelijke procedure, kan het RIZIV zich burgerlijke partij stellen om de onterecht door de ziekteverzekering terugbetaalde verstrekkingen terug te vorderen.

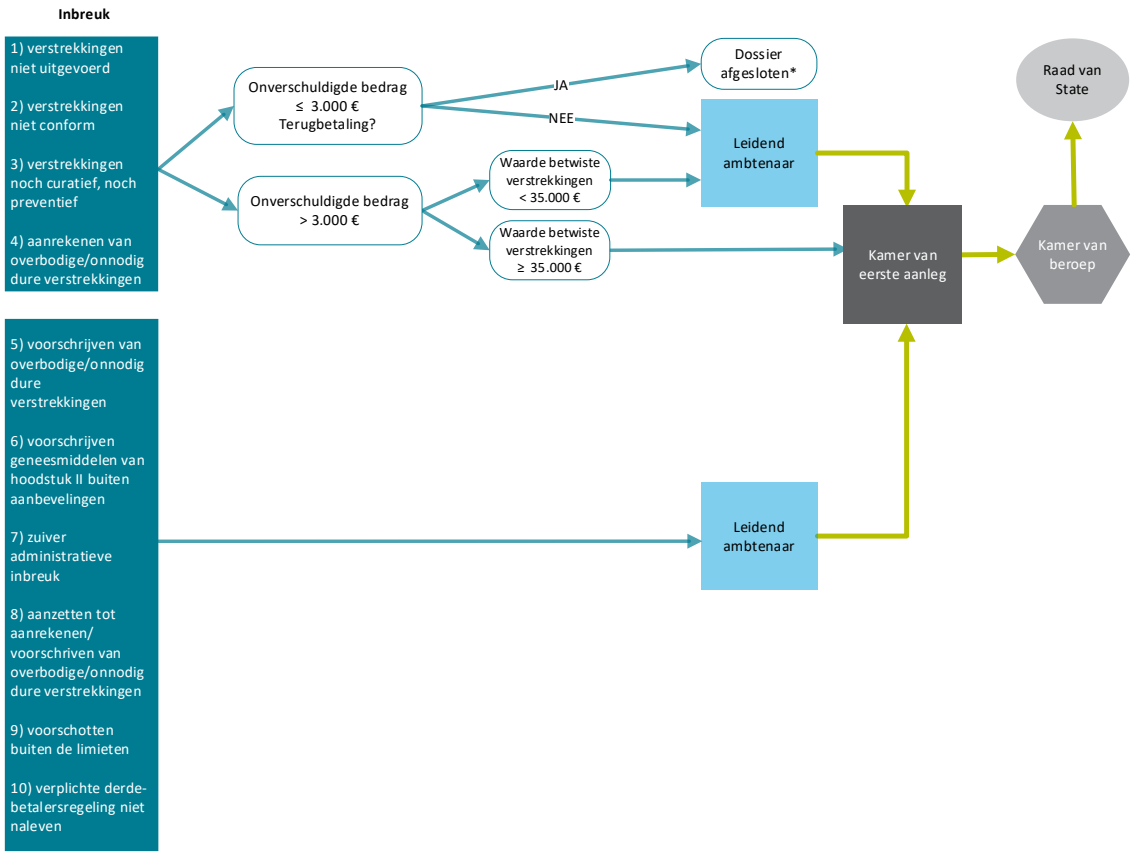
Wanneer wordt een geschillenprocedure opgestart na een controleonderzoek en bij welke instantie?

We kunnen een geschillenprocedure inleiden tegen een zorgverlener of een zorginstelling. Wanneer een zorgverlener het totale ten laste gelegde bedrag niet vrijwillig terugbetaalt, zal er sowieso een procedure worden opgestart. Voor fraudedossiers wordt ook steeds een procedure ingeleid. De procedure wordt ingeleid bij de leidend ambtenaar van de DGEC of bij de kamer van eerste aanleg. Tegen de beslissing van de leidend ambtenaar van de DGEC kan beroep worden aangetekend bij de kamer van eerste aanleg en tegen de beslissing van de kamer van eerste aanleg kan beroep worden aangetekend bij de kamer van beroep.[14]

Die administratieve rechtscolleges die zijn ingesteld bij de DGEC waarborgen de rechten van de verdediging en zetelen onafhankelijk en onpartijdig.

De te volgen procedure wordt bepaald door verschillende criteria, zoals hieronder wordt geïllustreerd: de vastgestelde inbreuk, het ten laste gelegde bedrag en de waarde van de betwiste verstrekkingen.

Figuur 2 - Gevolgde procedure volgens de vastgestelde inbreuk, het ten laste gelegde bedrag en de waarde van de betwiste verstrekkingen



* Behalve wanneer een proces-verbaal van vaststelling was opgesteld in de 3 voorgaande jaren (voor gelijkaardige of andere inbreuken). In dat geval kan een procedure worden ingeleid.

Bron: RIZIV – DGEC

[14] Art. 143 en 144 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Onder "waarde van de betwiste verstrekking" verstaan we het bedrag van ten onrechte aangerekende verstrekkingen dat de zorgverlener nog niet heeft terugbetaald op het moment dat de procedure ingeleid wordt.

We leiden geen geschillenprocedure in en het dossier wordt afgesloten als het ten laste gelegde bedrag lager is dan of gelijk aan 3.000 euro en na de gehele terugbetaling binnen de 2 maanden vanaf de dag van de betekening van het proces-verbaal van vaststelling. Als de zorgverlener echter in de loop van de 3 voorgaande jaren al een proces-verbaal van vaststelling heeft ontvangen (voor soortgelijke of andere inbreuken), kan er een geschillenprocedure worden ingeleid.

Welke maatregelen kunnen worden opgelegd?

Naast de terugbetaling van de ten laste gelegde inbreuken, kunnen andere maatregelen worden opgelegd door de leidend ambtenaar van de DGEC of de kamer van eerste aanleg. Dit dient gedifferentieerd te gebeuren afhankelijk van de ernst van de inbreuken. We maken een onderscheid tussen:

- administratieve fouten;
- misbruik van onduidelijke regelgeving in de nomenclatuur;
- opzettelijke inbreuken.

Antecedenten, vrijwillige terugbetaling voor de start van de procedure, aanpassing van het aanrekengedrag en de uitgebreidheid van het onderzoek worden ook in aanmerking genomen.

Afhankelijk van de inbreuk gedefinieerd door de wet betreffende de ziekteverzekering, kunnen de volgende maatregelen worden opgelegd.[15]

1. Niet-verleende verstrekkingen aanrekenen

Terugbetaling van de waarde van de verstrekkingen die onterecht aan de ziekteverzekering zijn aangerekend en de betaling van een administratieve geldboete van 50 % tot 200 % van de waarde van de terugbetaling.

2. Verstrekkingen niet volgens de regels aanrekenen

Terugbetaling van de waarde van de verstrekkingen die onterecht aan de ziekteverzekering zijn aangerekend en/of de betaling van een administratieve geldboete van 5 % tot 150 % van de waarde van de terugbetaling.

3. Verstrekkingen aanrekenen die noch curatief, noch preventief zijn

Terugbetaling van de waarde van de verstrekkingen die onterecht aan de ziekteverzekering zijn aangerekend en de betaling van een administratieve geldboete van 5 % tot 100 % van de waarde van de terugbetaling.

[15] Art. 142 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

4. Overbodige of onnodig dure verstrekkingen aanrekenen

Terugbetaling van de waarde van de verstrekkingen die onterecht aan de ziekteverzekering zijn aangerekend en de betaling van een administratieve geldboete van 5 % tot 100 % van de waarde van de terugbetaling.

5. Overbodige of onnodig dure verstrekkingen voorschrijven

Betaling van een administratieve geldboete van 500 tot 50.000 euro.

6. Bepaalde geneesmiddelen voorschrijven terwijl men indicatoren en aanbevelingen overtreedt

Betaling van een administratieve geldboete van 500 tot 20.000 euro.

7. Niet-conforme documenten afleveren

Betaling van een administratieve geldboete van 50 euro, te vermenigvuldigen met het aantal betrokken patiënten, tot maximaal 5.000 euro.

8. Aanzetten tot het voorschrijven of uitvoeren van overbodige of onnodig dure verstrekkingen

Betaling van een administratieve geldboete van 1.000 tot 250.000 euro. Die administratieve geldboete kan pas worden opgelegd nadat de beslissing definitief geworden is met betrekking tot de zorgverlener die werd aangezet tot het voorschrijven of uitvoeren van overbodige of onnodig dure verstrekkingen (4e, 5e en 6e inbreuk).

9. Onterechte voorschotten aanvaarden

Betaling van een administratieve geldboete van 50 euro, te vermenigvuldigen met het aantal betrokken patiënten, tot maximaal 5.000 euro.

10. De verplichte toepassing derde-betalersregeling niet naleven

Betaling van een administratieve geldboete van 50 euro, te vermenigvuldigen met het aantal betrokken patiënten, tot maximaal 5.000 euro.

Bovendien kunnen de kamer van eerste aanleg en de kamer van beroep ook een verbod op aanrekening via de derde-betalersregeling opleggen aan een zorgverlener die misbruik heeft gemaakt van deze regeling. Dit verbod kan worden opgelegd voor een periode van minimaal 5 dagen tot maximaal 2 jaar.

Als er ernstige, nauwkeurige en met elkaar overeenstemmende aanwijzingen van bedrog voorhanden zijn in hoofde van een zorgverlener, dan kan de leidend ambtenaar van de DGEC de betaling door de ziekenfondsen via de derde-betalersregeling geheel of gedeeltelijk schorsen voor een periode van maximaal 12 maanden.[16] De zorgverlener kan in beroep gaan; dat beroep is niet opschortend.

[16] Art. 77*sexies* van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Hoe inbreuken vermijden?

- Ken de reglementering in verband met uw beroep.
- Weet dat u verantwoordelijk bent voor wat u heeft aangerekend en voor wat met uw RIZIV-nummer wordt aangerekend.
- Zorg ervoor dat uw administratie bijgewerkt en in orde is.
- Zorg voor een tijdige aanrekening bij de ziekenfondsen.

Dit advies blijft gelden gedurende uw volledige loopbaan. Blijf op de hoogte.

Hoe reageren bij een controleonderzoek?

- Maak de afspraak met de sociaal inspecteur op een goed moment (op een rustig moment dat u goed uitkomt).
- Blijf beleefd en kalm.
- Werk samen met de sociaal inspecteurs en geef hen de documenten die ze vragen.

5. Impactmetingen

Wat is de bedoeling van de impactmeting?

Het doel van de DGEC als inspectiedienst is impact te hebben op het aanreken- en voorschrijfgedrag van zorgverleners en zorginstellingen.

Met de impactmetingen kan worden nagegaan of dat doel al dan niet is behaald en of de resultaten in verhouding staan tot de ingezette middelen. Op basis van de behaalde resultaten beslissen we of er nieuwe acties moeten worden ondernomen: sensibilisering, controle, adviesfunctie, verzoek om informatie van de betrokken partijen of meer diepgaande analyse.

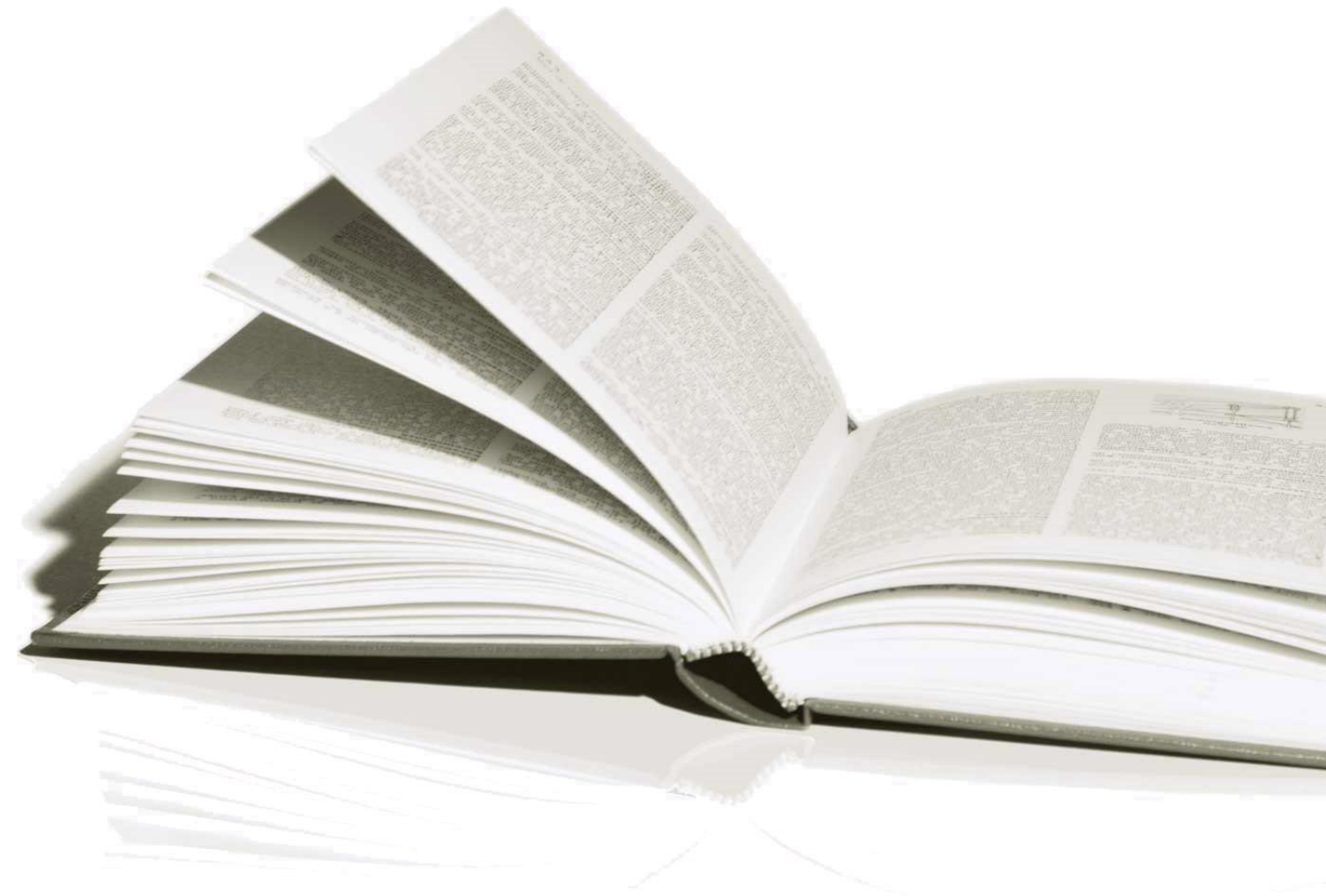
Hoe meten we de impact van onze acties?

Wegens de diversiteit van zijn acties en de verwachte resultaten moet de impact van de DGEC op een holistische manier worden bekeken. Daarom meten we de impact aan de hand van zowel kwantitatieve als kwalitatieve indicatoren. Met indicatoren bedoelen we het volgende:

- kwantitatieve indicatoren: de financiële ramingen of de variatie van het aantal verstrekkingen;
- kwalitatieve indicatoren: de interventies bij de commissies om de nomenclatuur aan te passen of te preciseren, de formulering van indicatoren bij de Nationale raad voor kwaliteitspromotie, enz.

2e deel

Reglementering voor de verpleegkundige



I. Voorwaarden om te mogen aanrekenen als verpleegkundige

Welke documenten hebt u nodig om het beroep van verpleegkundige te mogen uitoefenen?

Om in België het beroep van verpleegkundige te mogen uitoefenen, moet u beschikken over een erkend diploma én over een visum van uw diploma.[17]

De FOD Volksgezondheid levert het visum af.

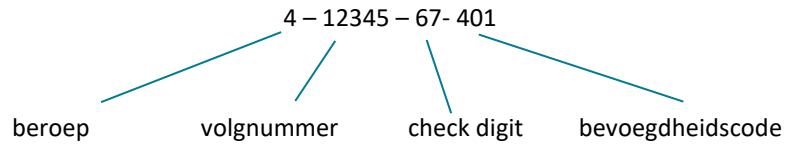
Hebt u een RIZIV-nummer nodig?

U hebt een RIZIV-nummer (uniek identificatienummer van 11 cijfers) nodig als u verstrekkingen via de nomenclatuur aan de ziekteverzekering aanrekent of laat aanrekenen in uw naam.[18]

> Bijvoorbeeld: u hebt een RIZIV-nummer nodig om in de thuiszorg te werken of om (via forfait) in een medisch huis te werken. U hebt in principe geen RIZIV-nummer nodig om als loontrekkende verpleegkundige in een ziekenhuis te werken (behoudens uitzonderingen).

U kan een RIZIV-nummer krijgen door een aanvraag aan de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV.

Figuur 3 – Samenstelling van het RIZIV-nummer



Bron: RIZIV – Dienst voor geneeskundige verzorging

Het RIZIV-nummer is als volgt samengesteld[19]:

- beroep: cijfer 4 staat voor verpleegkundigen;
- volgnummer: unieke volgorde die elke zorgverlener onderscheidt;
- check digit of controlecijfers;
- bevoegdheidscodes: zijn afhankelijk van afstudeergraad en/of bijkomende opleidingen zoals referentieverpleegkundigen. De belangrijkste bevoegdheidscodes voor de thuisverpleegkundigen zijn de volgende.

[17] Gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen.

[18] Art. 6, § 8 en 10 van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

[19] Voor de nieuwe beroepen zoals basisverpleegkundigen en verpleegkundig specialisten geldt die structuur niet meer. Dit betekent dat men uit die nieuwe RIZIV-nummers het beroep niet meer zal kunnen afleiden. Nieuwe nummers worden voortaan toegewezen op basis van beschikbaarheid, en niet volgens het beroep.

Tabel 1 - Belangrijkste bevoegdheidscodes voor de thuisverpleegkundigen	
Code	**Bevoegdheid**
401	Gegradueerde verpleegkundigen en ermee gelijkgestelde
408	Gebrevetteerde verpleegkundigen
421	Gegradueerde verpleegkundigen en ermee gelijkgestelde + referentieverpleegkundigen inzake wondzorg
428	Gebrevetteerde verpleegkundigen + referentieverpleegkundigen inzake wondzorg
441	Gegradueerde verpleegkundigen en ermee gelijkgestelde + referentieverpleegkundigen inzake diabetes
448	Gebrevetteerde verpleegkundigen + referentieverpleegkundigen inzake diabetes
461	Gegradueerde verpleegkundigen en ermee gelijkgestelde + referentieverpleegkundigen inzake diabetes en wondzorg
468	Gebrevetteerde verpleegkundigen + referentieverpleegkundigen inzake diabetes en wondzorg
561	Gegradueerde verpleegkundigen/ bachelor en ermee gelijkgestelden bevoegd voor diabeteseducatie + referentieverpleegkundigen inzake diabetes en wondzorg
Geen specifiek nummer	Gegradueerde of gebrevetteerde verpleegkundigen met bijzondere expertise inzake palliatieve verzorging

Waar moet u zich inschrijven als u een praktijk begint als zelfstandige?

Wanneer u een praktijk begint als zelfstandige moet u zich inschrijven bij de KBO.[20] Dit kan als natuurlijk persoon of als rechtspersoon.

Zoals elke zelfstandige dient u zich ook verplicht aan te sluiten bij een sociaal verzekeringsfonds.[21]

[20] Art. 73*quater*, § 1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994.

[21] Art. 10, § 1 van het Koninklijk besluit nr. 38 van 27 juli 1967 houdende inrichting van het sociaal statuut der zelfstandigen.

II. Manieren om aan te rekenen

1. Op papier of digitaal

Wat betekent 'aanrekenen'?

'Aanrekenen' betekent het invullen en ondertekenen van een getuigschrift voor verstrekte hulp (GVH). Het GVH is het document dat de terugbetaling en de betaling van verleende verstrekkingen door de ziekteverzekering mogelijk maakt voor de patiënt of voor de verpleegkundige in de derde-betalersregeling.

Dit heeft tot gevolg dat:
- u verantwoordelijk bent voor de realiteit en de conformiteit van de ingevulde gegevens;
- de ziekteverzekering zich ertoe verbindt het bedrag van de verstrekkingen terug te betalen volgens de ingevulde nomenclatuurnummers.

Hoe op papier aanrekenen?

Er bestaan verschillende vastgelegde modellen[22]:
- het getuigschrift voor verstrekte hulp (GVH) voor zorgen die verstrekt zijn door een individuele zorgverlener;
- het verzamelgetuigschrift voor getuigschriften voor verstrekte hulp (VGVH) wanneer de zorgen werden verstrekt en aangerekend door verschillende zorgverleners.

De getuigschriften voor verstrekte hulp moeten online via Medattest worden besteld.

Hoe elektronisch aanrekenen?

U kan aanrekenen langs elektronische weg via MyCareNet.

MyCareNet is een systeem waarmee u online rechtstreeks, snel en via beveiligde weg kan communiceren met de ziekenfondsen in verband met:
- facturatie via de derde-betalersregeling;
- controle op de verzekerbaarheid;
- verzending van medico-administratieve documenten.

De verordening MyCareNet omschrijft de procedure waaraan moet worden voldaan opdat bewijskracht kan worden gegeven aan facturatiegegevens en medisch-administratieve documenten (zoals de aanvragen van toiletten en forfaits, de kennisgevingen van de palliatieve zorgen en de aanvragen van de specifieke technische verstrekkingen).[23]

---

[22] Art. 6, bijlage 10 van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

[23] Bijlage 1 bij de verordening houdende uitvoering van de artikelen 9*bis* en 22, 11°, van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Als verpleegkundige kan u zelf gebruik maken van MyCareNet of u kan hiervoor een volmacht geven aan een volmachthouder. Deze volmacht moet schriftelijk bevestigd worden volgens het model op het platform eHealth en moet uitdrukkelijk de periode van de volmacht vermelden.

We raden u aan:

- toezicht te houden op hetgeen aangerekend werd op uw naam door de persoon aan wie u een volmacht (mandaat) gaf;
- altijd een overzicht te bewaren van de verstrekkingen die u uitvoerde.

Ook wanneer een derde exclusief de digitale toegangen heeft of aanrekent, blijft u verantwoordelijk voor wat in uw naam aangerekend wordt. Als de ziekteverzekering u onterecht vergoedingen heeft uitbetaald, kunnen deze bij u teruggevorderd worden.

2. Met de derde-betalersregeling

Wat is de derde-betalersregeling?

De derde-betalersregeling is een betalingswijze waarbij u de betaling van de verschuldigde tegemoetkoming rechtstreeks ontvangt van het ziekenfonds van de patiënt.

Enkel de eventuele remgelden (persoonlijke aandelen) worden rechtstreeks betaald door uw patiënt.

Welke zijn de voorwaarden om de derde-betalersregeling toe te passen?

Om de derde-betalersregeling te mogen toepassen, moet u aan de volgende voorwaarden voldoen.[24]

- U dient elektronisch te factureren, in principe vóór het einde van de maand volgend op de verstrekkingsdatum;
- U respecteert de tarieven die in de nationale overeenkomst vastgelegd zijn;
- Bij een groepering passen alle leden de derde-betalersregeling toe en heeft de groep een specifiek nummer “derde-betalersregeling” aangevraagd;
- U reikt een bewijsstuk aan de patiënt uit;
- U verifieert de identiteit van uw patiënt bij elk patiëntencontact.

[24] Art. 53 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994; beslissing van de overeenkomstencommissie verpleegkundigen-verzekeringsinstellingen in toepassing van artikel 9, eerste lid van het koninklijk besluit van 18 september 2015 tot uitvoering van artikel 53, B.S. van 13 oktober 2017; verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

3. In solo-praktijk of in groepspraktijk

Hoe werkt u in een solo-praktijk?

U werkt in principe alleen, beheert uw eigen administratie en facturatie, en rekent aan onder eigen naam met persoonlijk RIZIV-nummer. U of uw vennootschap ontvangt de tegemoetkomingen van de ziekenfondsen, rechtstreeks of via een facturatiebureau.

U kan afspraken maken met andere (groepen of) verpleegkundigen om een patiëntengroep om beurt te verzorgen of om bepaalde taken of permanenties uit te besteden. Ieder factureert dan enkel zijn eigen stukje. Dan moet u duidelijke afspraken maken over verplichte documenten en verdeelsleutels (bijvoorbeeld het tweede bezoek bij forfait patiënten).

Hoe werkt u in een groepspraktijk?

U sluit zich aan bij of start zelf een groepspraktijk.

Verschillende verpleegkundigen die de derde-betalersregeling toepassen, kunnen de verstrekkingen op één bankrekeningnummer laten uitbetalen. Dit kan na het ontvangen van een groepsnummer derde-betalersregeling (unieke 11-cijferige code beginnend met 94 en eindigend op 001).

Een secretariaat, coördinator of verantwoordelijke beheert (eventueel tegen een vergoeding) de administratie, aanrekening, praktische organisatie en wettelijke opvolging van de volledige groep. Deze personen hoeven niet noodzakelijk zorgverleners te zijn.

De aanrekening gebeurt via verzamelgetuigschriften. De gelden worden centraal geïnd en nadien naar de individuele zorgverlener doorgestort, na afhouding van kosten en verrekening van verdeelsleutels (onderlinge afspraak hoe verstrekkingen mogelijks uitgevoerd door meerdere verpleegkundigen doch verplicht op naam van één verpleegkundige aangerekend en uitgekeerd financieel verdeeld worden [bijvoorbeeld tweede of derde bezoek bij forfaits]).

De aanrekening via derde-betalersregeling moet verplicht gebeuren via een elektronisch netwerk (MyCareNet) met de daaraan verbonden verplichtingen zoals het afleveren van een bewijsstuk aan de patiënt, inlezing eID, enz.[25]

Ook wanneer een derde exclusief de digitale toegangen heeft of aanrekent, blijft u verantwoordelijk voor wat in uw naam aangerekend wordt. Als de ziekteverzekering u onterecht vergoedingen heeft uitbetaald, kunnen deze bij u teruggevorderd worden.

[25] Art. 6, §1*bis* van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

4. In een medisch huis

Wat is een medisch huis?[26]

Een medisch huis is een (meestal multidisciplinaire) praktijk die eerstelijnszorg aanbiedt met artsen en/of verpleegkundigen en/of kinesitherapeuten.

Wanneer een patiënt is ingeschreven in een medisch huis, neemt dit medisch huis diens medische zorgverlening in haar totaliteit ten laste. De zorgverlening in een medisch huis wordt op een specifieke en vaste manier vergoed, namelijk op basis van een maandelijkse forfaitaire financiering.

Hoe werkt een medisch huis?[27]

Het medisch huis sluit een overeenkomst met de ziekenfondsen en ontvangt maandelijks een forfait per ingeschreven patiënt.

De patiënt schrijft zich in een medisch huis van zijn keuze in. Wanneer de 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 verstrekkingen, 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.

In die 2 gevallen zal het medisch huis (en niet het ziekenfonds) de zorgverlener vergoeden volgens de geldende tarieven.

Via MyCareNet kan u nakijken of een patiënt ingeschreven is in een medisch huis (*member data*). Aan het RIZIV-nummer van het medisch huis kan u zien of de verpleegkundige verstrekkingen onder het forfait van het medisch huis vallen: wanneer het laatste cijfer een “1” is, dan is de verpleegkundige zorg vervat in het forfait.

Hoe factureert u aan een medisch huis als externe thuisverpleegkundige?

Het medisch huis kan (thuis)verpleging uitbesteden aan externe verpleegkundigen, mits een schriftelijke samenwerkingsovereenkomst met praktische afspraken. Als externe thuisverpleegkundige factureert u de uitgevoerde verstrekkingen aan het medisch huis en kunnen deze ‘per verstrekking’ worden vergoed.[28]

---

[26] Koninklijk besluit van 23 april 2013 tot uitvoering van artikel 52, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat betreft de medische huizen.

[27] Koninklijk besluit van 23 april 2013 tot uitvoering van artikel 52, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat betreft de medische huizen.

[28] Art. 21, 4° van Koninklijk besluit tot uitvoering van artikel 52, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat betreft de medische huizen.

5. Geconventioneerd of niet

Wat is de 'conventie'?

De nationale overeenkomst voor verpleegkundigen[29] (of de 'conventie') regelt de financiële en administratieve relaties tussen patiënten en ziekenfondsen enerzijds en de verpleegkundigen anderzijds.[30] De volgende elementen komen o.a. aan bod:

- prijzen en honoraria (art. 3). Er kan een verhoogde tegemoetkoming voorzien worden voor bepaalde categorieën van patiënten;
- de vergoeding voor verplaatsingskosten (art. 4);
- het innen van het remgeld (art. 8);
- mogelijke gevolgen bij het niet-naleven van de nationale overeenkomst (art. 9).

De nationale overeenkomst wordt afgesloten voor een periode van een jaar en wordt jaarlijks stilzwijgend verlengd[31] na goedkeuring van het Verzekeringscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging[32], de Algemene raad van het RIZIV en de minister van Sociale Zaken. De nationale overeenkomst verschijnt in het Belgisch Staatsblad en elke zorgverlener wordt geïnformeerd via eHealthBox.

Hoe kan u toetreden tot de nationale overeenkomst?

Wanneer u een RIZIV-nummer aanvraagt, moet u meteen aanduiden of u al dan niet toetreedt tot de nationale overeenkomst. U kan binnen de 30 dagen nog veranderen van toetredingsstatuut door de Dienst voor geneeskundige verzorging per e-mail een nieuw aanvraagformulier toe te sturen. Na deze termijn van 30 dagen kan u nog toetreden door het daarvoor bestemde formulier te bezorgen aan de Dienst voor geneeskundige verzorging.

Hoe kan u uittreden uit de nationale overeenkomst?

Als u uit de nationale overeenkomst wenst te stappen, moet u een aangetekend schrijven bezorgen aan de Dienst voor geneeskundige verzorging. Elke opzegging ontvangen vóór 1 oktober gaat in vanaf 1 januari van het daaropvolgende jaar.

---

[29] Nationale overeenkomst W/97 tussen de gegradueerde verpleegsters of de met dezen gelijkgestelden, de vroedvrouwen, de verpleegsters met brevet, de verpleegassistenten/ziekenhuisassistenten of de met deze gelijkgestelden en de verzekeringsinstellingen.

[30] Art. 42 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994.

[31] Art. 49, § 4, eerste en tweede lid van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994; art. 12 van de Nationale overeenkomst W/97 tussen de gegradueerde verpleegsters of de met dezen gelijkgestelden, de vroedvrouwen, de verpleegsters met brevet, de verpleegassistenten/ziekenhuisassistenten of de met deze gelijkgestelden en de verzekeringsinstellingen.

[32] Art. 22 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994.

Wat zijn de gevolgen van de toetreding aan de nationale overeenkomst?

U verbindt zich ertoe om de afspraken binnen de nationale overeenkomst te respecteren.

U houdt u bijgevolg aan de vastgelegde tarieven. Als u niet geconventioneerd bent kan u vrij uw tarieven bepalen, maar zullen uw patiënten zonder voorkeursregeling gemiddeld 25 % minder tegemoetkoming van de ziekteverzekering ontvangen.

Als u aan de voorwaarden voldoet hebt u recht op het sociaal statuut en/of een telematicapremie.

Wat is de Overeenkomstencommissie verpleegkundigen-verzekeringsinstellingen?

De Overeenkomstencommissie verpleegkundigen-verzekeringsinstellingen beslist over cruciale verbintenissen tussen de verpleegkundigen en de ziekenfondsen (verzekeringsinstellingen) die opgenomen worden in de nationale overeenkomst. De commissie doet ook voorstellen in verband met de reglementering, opmaak/wijzigingen nomenclatuur, enz.[33]

Ze vergadert maandelijks plenair. Bijkomend installeert ze thematische werkgroepen. De praktische organisatie ligt bij de Dienst voor geneeskundige verzorging, zij leiden de vergaderingen en notuleren.

De DGEC is aanwezig om advies te geven, vooral naar controleerbaarheid van de voorstellen.[34] Noch de Dienst voor geneeskundige verzorging, noch de DGEC is stemgerechtigd.

De samenstelling is[35]:

- 8 mandaten (8 werkende en 8 plaatsvervangende leden) voor de vertegenwoordigers van de ziekenfondsen;
- 8 mandaten (8 werkende en 8 plaatsvervangende leden) voor de vertegenwoordigers van de thuisverpleegkundigen, waarvan:
  - 4 vertegenwoordigers van de diensten thuisverpleging (paritair aangewezen),
  - 4 vertegenwoordigers van representatieve beroepsverenigingen / kartels (om de 4 jaar n.a.v. een telling van de leden toegewezen).

[33] Art. 27, derde lid van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994.

[34] Art. 28, § 1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994.

[35] Art. 17 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

III. Aanrekenbare zorgen aan ziekteverzekering

Welke verpleegkundigen handelingen kunt u uitvoeren?

Deze worden opgesomd in de bijlagen van het koninklijk besluit van 18 juni 1990[36].

Op de website van de FOD Volksgezondheid vindt u een vergelijkende tabel met de handelingen die door een zorgkundige, een basisverpleegkundige, een verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg, een gespecialiseerd verpleegkundige en de verpleegkundig specialist kunnen worden uitgevoerd.

Welke verpleegkundige handelingen mag u aanrekenen aan de ziekteverzekering?

Enkel verpleegkundige zorgen die opgenomen zijn in artikel 8 van de nomenclatuur geven recht op een vergoeding van de ziekteverzekering als ze aan de voorwaarden voldoen.

Er zijn bijgevolg verpleegkundige handelingen waarvoor geen tegemoetkoming van de ziekteverzekering voorzien is. Deze kunnen rechtstreeks aan de patiënt gefactureerd worden zonder tussenkomst van de ziekteverzekering.

Kan u aan de ziekteverzekering verstrekkingen aanrekenen die door een zorgkundige of een basisverpleegkundige werden uitgevoerd?

Als aan de voorwaarden van artikel 8, § 12 (voor de zorgkundigen) en § 13 (voor de basisverpleegkundigen) van de nomenclatuur voldaan is, mag u verstrekkingen aanrekenen die uitgevoerd werden door een zorgkundige of een basisverpleegkundige.

De betrokken verpleegkundige activiteiten zijn vastgelegd in:

- de bijlagen van het koninklijk besluit van 12 januari 2006 tot vaststelling van de verpleegkundige activiteiten die de zorgkundigen mogen uitvoeren en de voorwaarden waaronder de zorgkundigen deze handelingen mogen stellen;
- het koninklijk besluit van 20 september 2023 bepalende de lijst van de verpleegkundige technische verstrekkingen betreffende de basisverpleegkundige, alsmede hun uitoefeningsvoorwaarden.

[36] Koninklijk besluit van 18 juni 1990 houdende vaststelling van de lijst van de technische verpleegkundige verstrekkingen en de lijst van de handelingen die door een arts [of een tandarts] aan beoefenaars van de verpleegkunde kunnen worden toevertrouwd, alsmede de wijze van uitvoering van die verstrekkingen en handelingen en de kwalificatievereisten waaraan de beoefenaars van de verpleegkunde moeten voldoen.

IV. Verplichtingen in verband met aanrekening

1. Verificatie van de identiteit van de patiënt

In welk geval moet u de identiteit van uw patiënt verifiëren?

Bij elk patiëntencontact bent u verplicht de identiteit van uw patiënt te verifiëren als u de derde-betalersregeling toepast.[37]

Hoe de identiteit van uw patiënt verifiëren[38]?

In minstens 90 % van de gevallen:

- door inlezing van de chip van:
  - een geldige Belgische elektronische identiteitskaart (eID),
  - een geldige elektronische vreemdelingenkaart,
  - een geldig elektronisch verblijfsdocument;
- door inlezing van een geldige ISI+-kaart;
- via de applicatie itsme®.

U moet steeds de methode gebruiken die het hoogst geplaatst staat in bovenstaande lijst.

In maximum 10 % van de gevallen:

- door inlezing van de streepjescode of QR-code op:
  - een geldige Belgische elektronische identiteitskaart (eID), geldige elektronische vreemdelingenkaart of geldig elektronisch verblijfsdocument,
  - een geldig attest van sociaal verzekerde afgeleverd door de ziekenfondsen,
  - het kleefbriefje van het ziekenfonds;
- door manueel invoeren van het identificatienummer van de sociale zekerheid (INSZ-code). Dit is de enige mogelijkheid wanneer de patiënt enkel beschikt over een geldig attest van verlies of diefstal van een identificatiedocument.

Wat registreren?

- De aard van het identiteitsdocument;
- het type van inlezing;
- de reden van gebruik van een vignet (indien van toepassing);
- de reden van manuele invoering (indien van toepassing);
- datum en uur van de lezing.

---

[37] Art. 53 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994.

[38] Art. 32/2 van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994; art. 53 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994.

2. Bewijsstuk van aangerekende verstrekkingen

Wanneer moet u een bewijsstuk bezorgen aan uw patiënt[39]?

- Als u naast vergoedbare verstrekkingen ook niet-vergoedbare verstrekkingen aanrekent (d.w.z. verstrekkingen waarvoor de verplichte ziekteverzekering niet tussenkomt).
- Als u exclusief niet-vergoedbare verstrekkingen aan de patiënt aanrekent.
- Als u factureert via MyCareNet.

Welke elementen moet u vermelden[40]?

- Uw conventiestatus;
- voor elke vergoedbare verstrekking:
  - een voor de patiënt beknopte en verstaanbare omschrijving, met vermelding van het nomenclatuurnummer,
  - het bedrag:
    - de tegemoetkoming die rechtstreeks wordt aangerekend aan het ziekenfonds,
    - en, indien van toepassing, het persoonlijke aandeel;
- voor elke niet-vergoedbare vertrekking:
  - een voor de patiënt beknopte en verstaanbare omschrijving,
  - het bedrag;
- de volledige kost voor de patiënt.

Wanneer u de verstrekkingen aanrekent als groep van verpleegkundigen, dan kan u het bewijsstuk versturen in naam van die groep. In dat geval moet u, naast de hogervermelde gegevens, volgende gegevens vermelden:

- het groepsnummer 'derde-betaler' (als de groep met een uniek derde-betalersnummer aanrekent);
- de naam van de groep;
- het contactadres;
- de naam van de contactpersoon;
- de namen van de verpleegkundigen en zorgkundigen die betrokken waren bij de vermelde verstrekkingen.

Gelijksoortige verstrekkingen mag u groeperen op het bewijsstuk. De concrete invulling hiervan wordt overgelaten aan u of aan de groep van verpleegkundigen.

---

[39] Art. 53, § 1/2 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994.

[40] Art. 31 en 31/1 van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994; art. 53 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994.

Aan wie bezorgt u het bewijsstuk?

- Uw patiënt;
- de wettelijke vertegenwoordiger van de patiënt;
- de bewindvoerder van de patiënt.

Bewijs van toestemming (aan de wettelijke vertegenwoordiger en de bewindvoerder van de patiënt) kunnen voorleggen bij controle.[41]

Hoe reikt u het bewijsstuk uit?

- Op papier;
- elektronisch via een beveiligd platform;
- via de eBox.

U kan het bewijsstuk elektronisch via een beveiligd platform of via de eBox uitreiken:
- mits uitdrukkelijke toestemming patiënt;
- in een leesbaar courant formaat (PDF, Word, enz.);
- rekening houdend met andere toepasselijke reglementering.

3. Kennisgeving (adviserend arts)

Voor welke verstrekkingen moet u een kennisgeving sturen naar de adviserend arts?

Sommige verpleegkundige verstrekkingen zijn enkel aanrekenbaar aan de ziekteverzekering als u een aanvraag of een kennisgeving gestuurd hebt aan de adviserend arts van het ziekenfonds van uw patiënt[42]:
- toiletten en forfaitaire honoraria voor zwaar zorgafhankelijke patiënten;
- palliatieve zorg;
- andere forfaitaire honoraria:
  - voor plaatsen van en/of toezicht op perfusie,
  - voor toediening en/of toezicht op parenterale voeding,
- bijkomende verstrekkingen complexe wondzorg.

[41] Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.

[42] Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

Wat zijn de voorwaarden om een kennisgeving naar de adviserend arts te sturen?

De gedetailleerde regelgeving voor de volgende verstrekkingen vindt u in artikel 8, § 7 van de nomenclatuur van de geneeskundige vestrekkingen:

- toiletten en forfaitaire honoraria voor zwaar zorgafhankelijke patiënten (aanvraag):
  - de Katz-schaal elektronisch te versturen maximaal 10 dagen na aanvang behandeling:
    - maximaal 3 maanden geldig;
  - nieuwe Katz-schaal elektronisch versturen bij verlenging of wijziging afhankelijkheidsgraad én behandeling;
  - adviserend arts verwittigen als de behandeling stopt of ≥ 10 dagen onderbroken wordt;
  - bij verzet door de adviserend arts of het Nationaal College van Adviserende Artsen:
    - u ontvangt een kennisgeving,
    - het verzet is van toepassing vanaf begin lopende Katz-schaal;
  - wanneer de Adviserend Arts beslist om de Katz-schaal-scores te wijzigen:
    - blijft 6 maanden geldig,
    - tenzij bij nieuwe geneeskundige indicatie gestaafd met getuigschrift van de behandelende arts;
- palliatieve zorg;
- andere forfaitaire honoraria:
  - kennisgeving elektronisch te versturen maximaal 10 dagen na aanvang behandeling;
  - vermelding:
    - begin- en einddatum. Deze periode mag niet langer dan 1 jaar duren,
    - identificatie van kennisgever, patiënt en voorschrijver,
    - type verstrekking;
  - het verzorgingsplan wordt ter beschikking gehouden van de adviserend arts in het verpleegdossier.

De voorwaarden voor de bijkomende verstrekkingen 'complexe wondzorg' zijn beschreven in artikel 8, § 8, 12° van de nomenclatuur van de geneeskundige vestrekkingen:

- kennisgeving elektronisch te versturen maximaal 10 dagen na aanvang behandeling;
- vermelding begindatum;
- vermelding verwachte duur: deze periode mag niet langer dan 3 maanden duren;
- vermelding van de rechtvaardiging voor de behandeling:
  - lokalisatie van de wonde,
  - type van de wonde,
  - frequentie van de behandeling per verzorgingsdag.

V. Nomenclatuur

1. Algemeen

Wat is de nomenclatuur?

De nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen[43] (of NGV) is een lijst van de geneeskundige verstrekkingen die de ziekteverzekering geheel of gedeeltelijk vergoedt, met de bijhorende codes.

Voor elke verstrekking geeft de nomenclatuur de volgende informatie:
- de vereiste bevoegdheid;
- een nummer van 6 cijfers dat de verstrekking identificeert;
- een omschrijving van de verstrekking;
- een betrekkelijke waarde die het bedrag van de vergoeding bepaalt. Ze bestaat uit:
  - een sleutelletter W voor verpleegkundige verzorging,
  - een coëfficiënt (een vermenigvuldigingsfactor);
- toepassingsregels die de vergoedbaarheid van de verstrekkingen verduidelijken.

Waar kan u de nomenclatuur raadplegen?

U kan de nomenclatuur raadplegen op de website van het RIZIV via de knop Nomenclatuur. U vindt daar:
- de tekst van de nomenclatuur;
- zoekmodule Nomensoft;
- tarieven van honoraria, prijzen en vergoedingen.

Bij 'tekst van de nomenclatuur' vindt u de volledige tekst met de historiek en ook links naar de interpretatieregels.

NomenSoft is een databank en zoekmodule van alle nomenclatuurnummers die in de RIZIV-aanrekening gebruikt kunnen worden. Via de zoekmodule kan u 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.

Voor elk nomenclatuurnummer vindt u in NomenSoft o.a.:
- de omschrijving van de verstrekking;
- de honoraria en terugbetalingen (met historiek);
- de datum van inwerkingtreding;
- de sleutelwaarden.

[43] Bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Op de RIZIV-website vindt u ook tabellen met de geldende tarieven.

Wat zijn de toepassingsregels?

De toepassingsregels beschrijven de vergoedingsvoorwaarden van een of meerdere verstrekkingen. U vindt ze terug in de nomenclatuur.

Wat zijn interpretatieregels?

Interpretatieregels kunnen de nomenclatuur bijkomend verduidelijken.

Het Verzekeringscomité legt interpretatieregels vast op basis van de voorstellen van de bevoegde technische raad. De interpretatieregels verduidelijken de nomenclatuur en worden gepubliceerd in het Staatsblad. U kan ze raadplegen op de website van het RIZIV.

Bij het bestuderen van een bepaald nomenclatuurnummer moet u steeds de omschrijving, de toepassingsregels en de interpretatieregels nalezen.

2. Nomenclatuur voor verpleegkundigen: artikel 8

Wat is de nomenclatuur voor verpleegkundigen?

De nomenclatuur voor verpleegkundigen is terug te vinden in artikel 8 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

De ziekteverzekering vergoedt alleen de verpleegkundige verstrekkingen die:
- zijn opgesomd in artikel 8 van de geneeskundige verstrekkingen;
- en die zijn uitgevoerd volgens de voorwaarden van die nomenclatuur.

Wie bepaalt de nomenclatuur voor verpleegkundigen[44]?

Wijzigingen in de nomenclatuur voor verpleegkundigen worden eerst besproken in de Overeenkomstencommissie verpleegkundigen-verzekeringsinstellingen. De commissie doet voorstellen of geeft adviezen over:
- wijzigingen in de omschrijving van de verstrekkingen;
- toevoeging of schrapping van verstrekkingen;
- andere wijzigingen in de nomenclatuur.

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 en na advies van de Commissie voor begrotingscontrole.

De minister van Sociale Zaken, die zelf wijzigingen kan voorstellen of weigeren, formaliseert deze wijzigingen via een koninklijk besluit dat in werking treedt na publicatie in het Belgisch Staatsblad.

[44] Art. 35, § 2 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994.

Welke informatie vindt u terug in artikel 8 van de nomenclatuur?

Artikel 8 omvat:
- een opsomming van de verpleegkundige verstrekkingen (§ 1);
- de toepassingsregels (§ 2-12).

Hoe zijn de verpleegkundige verstrekkingen ingedeeld?

De verpleegkundige verstrekkingen zijn ingedeeld op basis van:
- de plaats en het tijdstip waarop ze worden uitgevoerd;
- de aard van de verstrekking.

De indeling volgens de plaats en het moment waarop deze verstrekkingen worden uitgevoerd bevat 6 categorieën:
- 1° verstrekkingen verleend in de woon- of verblijfplaats van de rechthebbende*;
- 2° verstrekkingen verleend in de woon- of verblijfplaats van de rechthebbende* tijdens het weekeind of op een feestdag;
- 3° verstrekkingen verleend hetzij in de praktijkkamer van de beoefenaar van de verpleegkunde, hetzij in een hersteloord;
- 3° *bis* verstrekkingen verleend in een tijdelijke of definitieve gemeenschappelijke woon- of verblijfplaats van mindervaliden;
- 3°*ter* Verstrekkingen verleend in een tijdelijke of definitieve gemeenschappelijke woon- of verblijfplaats van mindervaliden, tijdens het weekend of op een feestdag;
- 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.

De indeling volgens de aard van de verstrekking bevat 8 rubrieken:
- verpleegkundige verzorgingszitting, onderverdeeld in:
  - basisverstrekking,
  - technische verpleegkundige verstrekkingen;
- forfaitaire honoraria per verzorgingsdag voor zwaar zorgafhankelijke patiënten;
- specifieke technische verpleegkundige verstrekkingen;
- forfaitaire honoraria per verzorgingsdag voor palliatieve patiënten;
- supplementair honorarium per verzorgingsdag voor palliatieve patiënten;
- forfaitaire honoraria voor verstrekkingen aan diabetespatiënten;
- verpleegkundig consult;
- vergoeding herhaaldelijke verstrekkingen.

Tabel 2 - Aanrekenen van de verstrekkingen in functie van de plaats en het moment waarop ze worden uitgevoerd						
	1° Thuis week	**2° Thuis WE en feestdagen**	**3° Praktijkkamer / Hersteloord**	**3°*bis* Verblijf mindervaliden week**	**3°*ter* Verblijf mindervaliden WE en feestdagen**	**4° Dagcentra bejaarden**
I. a. Basis I. b. Technische	ja	ja	ja	ja	ja	ja
II. Forfaits	ja	ja	ja	ja	ja	nee
III. Spec. technische	ja	ja	ja	ja	ja	nee
IV. Palliatief	ja	ja	nee	nee	nee	nee
V. Suppl. hon. palliatief	ja	ja	nee	nee	nee	nee
VI. Diabetes	ja	ja	nee	nee	nee	nee
VII. Vpk consult	ja	nee	nee	nee	nee	nee
VIII. 3e, 4e en 5e bezoek	ja	ja: VII	ja: IV	ja: IV	ja: IV	nee

Wat zijn de toepassingsregels voor verpleegkundigen?

De toepassingsregels beschrijven de vergoedingsvoorwaarden van een of meerdere verstrekkingen. U vindt ze terug in § 2 tot 12 van artikel 8 van de nomenclatuur.

Sommige toepassingsregels gelden voor:
- alle verstrekkingen;
- of verstrekkingen van een bepaalde rubriek of categorie.

Tabel 3 - Toepassingsregels voor alle verstrekkingen	
Onderwerp	**Artikel 8**
Het voorschrift	§ 2
Wanneer zijn er geen honoraria verschuldigd?	§ 3
De verantwoordingsdrempel	§ 3*bis*
Het verpleegdossier	§ 4
De aanvraag- en kennisgevingsprocedure	§ 7
Verstrekkingen uitgevoerd door een niet-bevoegde persoon	§ 11
Verstrekkingen gedelegeerd aan een zorgkundige	§ 12

Tabel 4 - Toepassingsregels per rubriek of categorie		
Onderwerp	**Rubriek / categorie**	**Artikel 8**
Basisverstrekking	I	§ 4
Toiletten	I	§ 6
Wondzorg	I	§ 8
Voorbereiden en toedienen medicatie chronisch psychiatrische patiënten	I	§ 8*bis*
Wekelijkse voorbereiding van geneesmiddelen	I	§ 8*ter*
Forfaits voor zwaar zorgafhankelijke patiënten	II	§ 5
Specifieke technische verstrekkingen	III	§ 9
Forfaits voor palliatieve patiënten	IV	§ 5 § 5*bis*
Suppl. honoraria voor palliatieve patiënten	V	§ 5*bis*
Forfaits voor diabetespatiënten	VI	§ 5*ter*
Verpleegkundig consult	VII	§ 4*bis*
Vergoeding herhaalde verstrekkingen	VIII	§ 5*quater*
Verstrekkingen tijdens weekend / feestdag in de woon- of verblijfplaats	2°	§ 10
Verstrekkingen verleend in de praktijkkamer / in een hersteloord	3°	§ 10*bis*

Wat zijn de interpretatieregels voor verpleegkundigen?

Interpretatieregels kunnen de nomenclatuur bijkomend verduidelijken.

Er bestaan twee interpretatieregels voor artikel 8 van de nomenclatuur, over:

- de onmogelijkheid om bepaalde verstrekkingen aan te rekenen via artikel 8 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen;
- de mogelijkheid om een verstrekking te attesteren als zijnde verleend door een zorgkundige.

VI. Richtlijnen

Wat zijn de richtlijnen voor verpleegkundigen?

De richtlijnen voor verpleegkundigen geven bijkomende informatie bij de toepassingsregels van artikel 8 van de nomenclatuur en zijn eveneens bindend.

Wie stelt de richtlijnen voor verpleegkundigen op?

De richtlijnen worden opgesteld en vastgelegd door het Verzekeringscomité, op voorstel van de Overeenkomstencommissie verpleegkundigen-verzekeringsinstellingen.

Waar kan u de richtlijnen voor verpleegkundigen vinden?

Alle richtlijnen voor verpleegkundigen vindt u op de RIZIV-website.

In artikel 8 van de nomenclatuur worden de toepassingsregels beschreven voor het aanrekenen van de verschillende verstrekkingen. Als er ook richtlijnen bestaan, wordt hier in artikel 8 ook steeds naar verwezen.

Tabel 5 - Verwijzingen in artikel 8 naar de richtlijnen voor verpleegkundigen

Artikel 8	Onderwerp / verstrekking	Richtlijn / formulier
Rubriek III	Specifieke technische verstrekkingen	Vervangen suprapubische en gastrostomiesonde
Rubriek III	Specifieke technische verstrekkingen	Verwijderen verblijfskatheder
Rubriek III	Specifieke technische verstrekkingen	Plaatsen verblijfskatheder
§ 4, 2°	Verpleegdossier	Planning en evaluatie
§ 4 *bis*	Verpleegkundig consult	Verpleegkundig consult
§ 5	Forfaits voor zwaar zorgafhankelijke patiënten	Richtlijnen bij de evaluatieschaal
§ 5 *ter*	Forfaits voor diabetespatiënten	Forfaits diabetespatiënten
§ 8	Wondzorg	Richtlijnen i.v.m. wondzorg
§ 12	Gestructureerde equipe die werkt met zorgkundigen	Verklaring op erewoord
§ 12	Gestructureerde equipe die werkt met zorgkundigen	Interne afspraken

VII. Dit moet u absoluut weten

1. Aansprakelijkheid

Wat zijn uw verantwoordelijkheden met betrekking tot wat er met uw RIZIV-nummer wordt aangerekend?

U bent verantwoordelijk voor de verstrekkingen die u aanrekent en/of die met uw RIZIV-nummer worden aangerekend.

Er zijn maatregelen (terugbetaling, eventueel met boetes) voorzien voor het geval als u de wet betreffende de ziekteverzekering overtreedt, als zorgverlener of als voorschrijver (of door aan te zetten tot een inbreuk op deze wet).

Uw aansprakelijkheid kan volgens verschillende regels worden bepaald:
- **administratief**: volgens de wet betreffende de ziekteverzekering[45] en andere regelgeving (terugbetaling en/of boete);
- **strafrechtelijk**: volgens het strafrecht en het Sociaal Strafwetboek[46] (boete, gevangenisstraf, strafblad); bijvoorbeeld in geval van:
  - inbreuken op het beroepsgeheim[47],
  - sociale fraude[48],
  - valsheid,
  - valsheid in geschriften[49],
  - gebruik van valse stukken,
  - valse verklaringen en oplichting inzake sociaal strafrecht[50].

  De juridische kwalificatie van de inbreuk zal bepalen welke rechtbank bevoegd is: de correctionele rechtbank of de arbeidsrechtbank;
- **burgerlijk**: volgens het burgerlijk recht (vergoeding van schade).

Natuurlijke of rechtspersonen worden voor de toepassing van bepaalde artikels uit de wet gelijkgesteld met een zorgverlener (en kunnen worden beschouwd als aansprakelijk) in geval ze:
- zorgverleners tewerkstellen;
- de zorgverlening organiseren;
- de inning organiseren van de door de ziekteverzekering verschuldigde bedragen.[51]

---

[45] Art. 73*bis* en 142 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

[46] Wet van 6 juni 2010 tot invoering van het Sociaal Strafwetboek.

[47] Art. 458 van het Strafwetboek.

[48] Art. 1, § 1 van het Sociaal Strafwetboek.

[49] Art. 193 van het Strafwetboek.

[50] Art. 230 van het Sociaal Strafwetboek.

[51] Art. 2 n) van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Uw RIZIV-nummer kan door derden onrechtmatig worden gebruikt om frauduleus verstrekkingen aan te rekenen. In onze folder *Mijn RIZIV-nummer als verpleegkundige, daar draag ik zorg voor!* wordt uitgelegd hoe u uw RIZIV-nummer tegen fraude kan beschermen.

2. Tarieven en vergoedingen van verpleegkundige verzorging

Wie bepaalt de prijzen en honoraria van de verpleegkundige verzorging?

De prijzen en honoraria van de verpleegkundige verzorging worden vastgesteld in de nationale overeenkomst.[52]

Hoe wordt de vergoeding van de verpleegkundige verzorging berekend door de ziekteverzekering?

Aan elke verpleegkundige verstrekking die in artikel 8 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen is opgenomen, wordt een W-waarde toegekend. Deze wordt bepaald onder andere op basis van de werklast: hoe hoger die last, hoe hoger de W-waarde. Het tijdstip (weekend/week) en de plaats van de verstrekking (woon- of verblijfplaats, praktijkkamer of hersteloord, woon- of verblijfplaats van mindervaliden, dagverzorgingscentrum) spelen ook een rol. Die W-waarde is een vermenigvuldigingsfactor (coëfficiënt) die dient voor de berekening van de vergoeding door de ziekteverzekering van een verpleegkundige verstrekking.

In artikel 8 van de nomenclatuur vindt u het nomenclatuurnummer, de omschrijving en de W-waarde die aan de verstrekkingen is toegekend.

Het bedrag dat aan de W-waarde wordt toegekend, kan meestal vanaf 1 januari van elk jaar door de Overeenkomstencommissie verpleegkundigen-verzekeringsinstellingen worden aangepast aan de evolutie van de consumptieprijzen (gezondheidsindex). Om het bedrag van de W-waarde van het lopende jaar te kennen, kunt u de tarieven op de RIZIV-website raadplegen.

Voorbeeld: de intramusculaire, subcutane of hypodermale toediening van geneesmiddelen heeft het nomenclatuurnummer 423076 en de waarde W 0,484 (coëfficiënt). In 2026 bedraagt de W-waarde voor deze verstrekking 5,880421 euro. De ziekteverzekering vergoedt de voorvermelde verstrekking bijgevolg aan 0,484 x 5,880421 euro = 2,85 euro.

Hoeveel rekent u aan de patiënt aan als u tot de nationale overeenkomst bent toegetreden?

U mag de maximumbedragen niet overschrijden die in de nationale overeenkomst zijn vastgesteld. U mag geen supplement vragen voor verzorging die in de nomenclatuur is opgenomen of voor kosten die in de nationale overeenkomst zijn opgenomen. U kunt het remgeld aanrekenen (niet verplicht).

Opgelet dat u de supplementen niet verwart met het remgeld (dat is het verschil tussen het officiële honorariumbedrag en het bedrag dat het ziekenfonds aan de patiënt terugbetaalt).

[52] Art. 42 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Hoeveel rekent u aan de patiënt aan als u niet tot de nationale overeenkomst bent toegetreden?

U bent vrij om uw eigen honoraria te bepalen, behalve voor de rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming, palliatieve patiënten en diabetespatiënten. Voor deze patiënten moeten de maximumbedragen worden nageleefd.[53]

U moet uw patiënten meedelen dat u niet tot de nationale overeenkomst bent toegetreden.[54] Als u niet geconventioneerd bent, is het vergoedingsbedrag voor uw patiënt bovendien lager: de tegemoetkoming van de ziekteverzekering wordt met 25 % verlaagd. Dat leidt tot een verhoging van het remgeld (deel dat ten laste is van de patiënt), behalve voor de rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming en de palliatieve patiënten.[55] De patiënt kan een deel van het bedrag vergoed krijgen dat door de ziekteverzekering wordt betaald, maar dat wordt bepaald aan de hand van de honoraria van de nationale overeenkomst.

3. Verpleegdossier

Moet u een verpleegkundig dossier aanleggen?

Per patiënt moet u een verpleegkundig dossier aanleggen[56] en dit volledig up-to-date houden om recht te hebben op de vergoeding van de verstrekkingen die u heeft uitgevoerd.

Er is geen honorarium verschuldigd[57] als:
- het verpleegkundig dossier niet bestaat;
- het dossier niet de minimale inhoud bevat.

U mag dit verpleegkundig dossier op papier of elektronisch samenstellen en bijhouden.

[53] Koninklijk besluit van 23 maart 1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen; koninklijk besluit van 15 januari 2014 betreffende de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 19 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

[54] Art. 73 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

[55] Art. 49, § 5 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

[56] Art. 8, § 4, 1° van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

[57] Art. 8, § 3, 5° van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

Wat is de minimale inhoud van het verpleegkundig dossier?

Tabel 6 - Schema van de minimale inhoud van het verpleegkundig dossier[58]

Minimale inhoud	Verstrekkingen type 1 Nomenclatuur per handeling (behalve verstrekkingen die tot een ander type behoren) + T2 en T7	Verstrekkingen type 2 Forfaitaire verstrekkingen en wondzorg	Verstrekkingen type 3 Palliatieve verstrekkingen, STVV's, verpleegkundig consult, diabetesverstrekkingen
Niveau 1 Algemene gegevens	o ID rechthebbende o ID zorgverlener o Verleende verstrekkingen o Evaluatieschaal indien vereist o Voorschrift indien vereist o ID voorschrijver indien vereist o Vermelding van incontinentie indien vereist o ID delegerende verpleegkundige indien zorgen uitgevoerd door zorgkundige	o ID rechthebbende o ID zorgverlener o Verleende verstrekkingen o Evaluatieschaal indien vereist o Voorschrift indien vereist o ID voorschrijver indien vereist o Specifiek wondzorgdossier indien vereist o Vermelding van incontinentie indien vereist o ID delegerende verpleegkundige indien zorgen uitgevoerd door zorgkundige	o ID rechthebbende o ID zorgverlener o Verleende verstrekkingen o Evaluatieschaal indien vereist o Voorschrift indien vereist o ID voorschrijver indien vereist o ID delegerende verpleegkundige indien zorgen uitgevoerd door zorgkundige
Niveau 2 Planning en evaluatie	o Planning o Evaluatie Minimaal **om de twee maanden** moeten de relevante elementen van de planning en evaluatie van de verzorging worden vermeld.	o Planning o Evaluatie Minimaal **om de twee weken** moeten de relevante elementen van de planning en evaluatie van de verzorging worden vermeld.	o Planning o Evaluatie Minimaal **wekelijks** moeten de relevante elementen van planning en evaluatie worden vermeld. (Deze frequentie geldt niet voor consulten en diabetesverstrekkingen, aangezien deze slechts eenmalig worden verleend of een verslag of een verpleegplan omvatten).
Niveau 3 Bijkomende specifieke inhoud op basis van de verstrekking (palliatief, diabetes, wondzorg)		Zie specifieke richtlijnen nomenclatuur.	Zie specifieke richtlijnen nomenclatuur.

[58] Art. 8, § 4, 2° van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

4. Toiletten

Wat is een toilet?

Het toilet omvat alle verpleegkundige verzorging met betrekking tot het geheel van de hygiëne, preventie inbegrepen. Het wordt desgevallend vervolledigd door de mobilisatie van de patiënt.[59]

Kan niet beschouwd worden als een toilet:
- enkel het wassen van de rug en/of de voeten[60];
- het wassen van de benen bij aan- en uitdoen van steunkousen of compressietherapie;
- het wassen van de omgeving van een wonde.

Wanneer de patiënt zichzelf wast maar er een continu toezicht en/of een continue stimulatie van de verpleegkundige is, kan er een toilet aangerekend worden.

De richtlijnen bij het gebruik van de evaluatieschaal vermelden bij het item 'zich wassen': "*de situatie waarbij enkel de rug en de voeten worden gewassen beantwoordt aan score '3'.*" Dit is van belang om te bepalen welke verstrekking (toilet of forfait) aangerekend mag worden. Echter, zoals hierboven vermeld, volstaat enkel het wassen van de rug en de voeten niet om een toilet aan te rekenen. Het omvat immers niet het geheel van de hygiëne.[61]

Wat zijn de voorwaarden om een toilet aan te rekenen aan een patiënt?[62]

U hebt geen geneeskundig voorschrift nodig om hygiënische zorgen uit te voeren en om deze zorgen aan te rekenen aan de ziekteverzekering. U moet zelf wel een evaluatieschaal invullen en ondertekenen over de afhankelijkheid van de patiënt, de zogenaamde Katz-schaal.

Het medisch voorschrift voor een toilet garandeert niet dat de ziekteverzekering terugbetaalt.

Om uw kennisgeving of aanvraag tot hygiënische verzorging (toilet) per handeling of in het kader van forfaits in te dienen, moet u die Katz-schaal invullen en via MyCareNet bezorgen aan de adviserend arts van het ziekenfonds van uw patiënt.

Als de patiënt gedesoriënteerd is in tijd en ruimte, moet u een medisch getuigschrift laten invullen.

---

[59] Art. 8, § 6, 8° van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen; beslissing van 12 januari 2012 van de kamer van beroep, ingesteld bij de DGEC (FB-009-06).

[60] Beslissing van 29 juni 2017 van de kamer van eerste aanleg, ingesteld bij de DGEC (FA-010-16); beslissing van 20 oktober 2023 van de kamer van beroep, ingesteld bij de DGEC (FB-014-22); beslissing van 4 juli 2023 van de kamer van beroep, ingesteld bij de DGEC (NB-014-21).

[61] Beslissing van 29 juni 2017 van de kamer van beroep, ingesteld bij de DGEC (FB-001-15).

[62] Art. 8, § 6 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

Wat is de Katz-schaal?[63]

De Katz-schaal is een schaal voor de beoordeling van de afhankelijkheidsgraad van de patiënt en die schaal zal bepalen welke nomenclatuurnummers moeten worden gebruikt voor de aanrekening van de verleende verzorging. U moet de evaluatieschaal objectief invullen, rekening houdende met de beperkingen, ongeacht de oorsprong ervan en onafhankelijk van de verstrekte zorgen.

De Katz-schaal bestaat uit 6 criteria:
- zich wassen;
- zich kleden;
- transfer en verplaatsingen;
- toiletbezoek;
- continentie;
- eten.

Elk criterium krijgt een score van 1 tot 4:
- 1 = de patiënt is zelfstandig / heeft geen enkel probleem met die handeling;
- 4 = de patiënt is volledig hulpbehoevend om die handeling uit te voeren.

Om de Katz-schaal in te vullen, kunt u zich baseren op de richtlijnen bij het gebruik van de evaluatieschaal.

Zodra de Katz-schaal is ingevuld, krijgt u een eindscore die bepaalt welke verzorging u aan de ziekteverzekering mag aanrekenen:
- geen hygiënische verzorging;
- hygiënische verzorging 2x/week;
- hygiënische verzorging 7x/week;
- forfait A;
- forfait B;
- forfait C.

[63] Art. 8, § 5 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

Tabel 7 - Minimumscores voor de aanrekening van toiletten en forfaits aan de ziekteverzekering						
	Zich wassen	**Zich kleden**	**Transfer en verplaatsingen**	**Toiletbezoek**	**Continentie**	**Eten**
Geen toilet	Als aan onderstaande voorwaarden (minimumscores) niet voldaan is					
Toilet 2x/week	2					
Toilet 7x/week	4	4				
	2	2			3	
	2	2			2 o.w.v. combinatie urine-incontinentie overdag/'s nachts**	
	2	2	+ getuigschrift gedesoriënteerd in tijd en ruimte			
Forfait A of PA*	3	3	minstens 3 voor één item			
Forfait B of PB*	3	3	3	3	minstens 3 voor één item	
Forfait C of PC*	4	4	4	4	minstens 4 voor het ene item en minstens 3 voor het andere item	
* forfait PA, PB of PC als de patiënt het statuut van 'palliatieve patiënt' heeft gekregen. ** een score van minimum 2 voor het criterium 'continentie' als gevolg van de combinatie van nachtelijke urine-incontinentie en occasionele urine-incontinentie overdag.						

De hygiënische verzorging is niet aanrekenbaar aan de ziekteverzekering als aan bovenstaande minimumscores niet voldaan is, zelfs niet als deze door een arts voorgeschreven zijn.

Wat zijn de forfaits?[64]

Een forfait (A, B of C) is een forfaitair honorarium dat u **per verzorgingsdag** ontvangt voor een patiënt bij wie hygiënische verzorging is uitgevoerd. Dit forfaitair honorarium omvat:

- de basisverstrekking;
- de technische verstrekkingen (inspuitingen, enz.) behalve:
  - het bezoek van een referentieverpleegkundige wondzorg,
  - de bijkomende verstrekking als de complexe wondzorg:
    - tussen 30 en 59 minuten duurt,
    - tussen 60 en 89 minuten duurt,
    - meer dan 89 minuten duurt;
- de specifieke technische verstrekkingen.

Voor elk aangerekend forfait moeten de pseudocodenummers worden vermeld evenals het nomenclatuurnummer van het forfait. Dit zijn nomenclatuurnummers die elke verpleegkundige verzorging beschrijft die tijdens de verzorgingsdag is uitgevoerd. Ook de niet-aanrekenbare zorgen moeten dus vermeld worden met een pseudocodenummer (b.v. bloeddruk nemen). Dit is een reglementair vereiste en van belang bij een controle door de DGEC.

[64] Art. 8, § 5 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

5. Palliatieve thuiszorg

Mag u palliatieve thuiszorg aanrekenen?[65]

U mag uitsluitend palliatieve thuiszorg aanrekenen als u gegradueerde verpleegkundige, vroedvrouw of verpleegkundige met brevet bent.

Als u verpleegassistente / ziekenhuisassistente bent, mag u palliatieve verzorging verlenen op voorwaarde dat een gegradueerde verpleegkundige, vroedvrouw of verpleegkundige met brevet de verzorging daadwerkelijk heeft uitgevoerd tijdens een van de noodzakelijke verzorgingszittingen op dezelfde dag (die verzorging hoeft niet tijdens de eerste zitting van de dag te worden uitgevoerd). Alleen die gegradueerde verpleegkundige, vroedvrouw of verpleegkundige met brevet mag het palliatief forfait aanrekenen, uitsluitend voor de dagen waarop hij/zij die verzorging zelf heeft uitgevoerd tijdens een van de zittingen van de dag. Uitzondering: op de dag van opname in een verzorgingsinstelling of het overlijden van de patiënt kan de enige verzorgingszitting van de dag ook geattesteerd worden door een ziekenhuisassistente of een verpleegassistent.

Welke honoraria mag u aanrekenen voor palliatieve thuiszorg?[66]

Afhankelijk van de score van uw patiënt op de evaluatieschaal mag u palliatieve thuiszorg aanrekenen op 2 manieren:

- via forfaitaire honoraria: bijgevolg mag u een van de volgende forfaits aanrekenen:
  - forfait PA: stemt overeen met forfait A, verhoogd met een bepaald bedrag,
  - forfait PB: stemt overeen met forfait B, verhoogd met een bepaald bedrag,
  - forfait PC: stemt overeen met forfait C, verhoogd met een bepaald bedrag;
- via honoraria 'per handeling' (= honoraria voor elke verstrekking voor thuisverzorging): u moet rekening houden met een dagplafond. Bereikt de som van de honoraria van de basisverstrekkingen en de technische verstrekkingen het dagplafond?
  - JA: dan moet u een forfait aanrekenen, namelijk het forfait PP dat overeenstemt met het dagplafond, verhoogd met een bepaald bedrag;
  - NEEN: dan mag u naast uw verstrekkingen een PN-supplement aanrekenen.

Wat zijn de voorwaarden voor het aanrekenen van palliatieve thuiszorg?[67]

Voordat u palliatieve thuiszorg mag aanrekenen, moet u:

- bij het ziekenfonds van uw patiënt controleren of hij werkelijk het 'palliatief statuut' heeft;
- het ziekenfonds van uw patiënt uiterlijk binnen de 10 dagen na de palliatieve thuisverpleging meedelen dat u hem palliatieve thuiszorg verleent via het formulier "Kennisgeving van verpleegkundige verzorging voor een palliatieve patiënt" dat u via MyCareNet aan de adviserend arts van het ziekenfonds bezorgt.

[65] Art. 8, § 5*bis* van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

[66] Art. 8, § 5*bis* van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

[67] Art. 8, § 5*bis* van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

Om palliatieve thuiszorg aan te rekenen, moet u:

- 24 uur per dag en 7 dagen per week beschikbaar zijn als uw patiënt u nodig heeft;
- een beroep kunnen doen op een referentieverpleegkundige die kennis heeft van palliatieve zorg;
- het verpleegkundig dossier van uw patiënt aanvullen met de basisinformatie en de volgende gegevens:
  - de registratie van de symptomen,
  - de pijnschaal,
  - de contacten met de familie van uw patiënt,
  - de resultaten van de coördinatievergaderingen;
- voor elk forfait de algemene en palliatieve pseudocodenummers vermelden die overeenstemmen met de verstrekkingen die u tijdens de verzorgingsdag heeft verleend.

6. Wondzorg

Welke types wondzorg zijn er?

De nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen onderscheidt 5 types van wondverzorging.[68]

- **Toezicht op verband zonder verbandwissel**: u kan maximaal 10 keer toezicht op verband zonder verbandwissel aanrekenen.
- **Verzorging van een geheelde stoma, zonder dat wondzorg noodzakelijk is:** die verzorging mag worden uitgevoerd door een zorgkundige, maar omvat niet de nefrostomie en de tracheotomie (dat is complexe wondzorg).
- **Eenvoudige wondzorg:** het gaat om wonden waarvan het normale wondhelingsproces maximaal 14 dagen duurt. Die omschrijving omvat alle wondzorg die niet onder de omschrijving 'complexe wondzorg' valt. De duur van de behandeling bedraagt 1 tot 14 dagen en u mag een verlenging van 7 dagen aanvragen, met kennisgeving aan de arts(en) die bij de wondzorg betrokken is (zijn) en met terbeschikkingstelling van een nieuwe foto van de wonde. Als de behandeling van de wonde langer dan 21 dagen duurt, rekent u deze als complexe wondzorg aan en voegt u een nieuwe foto aan het dossier toe.
- **Complexe wondzorg:** het gaat om de verzorging van acute en chronische wonden die niet tot de eenvoudige wondzorg behoort, of die geëvolueerd is van eenvoudige naar complexe wondzorg, wat in het verpleegdossier moet worden verantwoord. Voorbeelden: wondzorg met wiek of drain, niet-geheelde stoma's, enz. U kan maximaal 20 keer per maand toezicht op verband zonder verbandwissel aanrekenen.
- **Bijkomende verstrekkingen complexe wondzorg** als de volledige complexe wondzorg tijdens de verzorgingsdag meer dan 30 minuten duurt, mag u naast de verstrekking voor complexe wondzorg een supplement aanrekenen dat varieert afhankelijk van de duur van de verzorging. Daartoe volgt u dezelfde procedure als voor de complexe wondzorg en bezorgt u via MyCareNet ook een kennisgeving van bijkomende verstrekkingen aan de adviserend arts van het ziekenfonds van de patiënt, uiterlijk 10 kalenderdagen na de eerste behandelingsdag. De behandelperiode die door het formulier is gedekt, mag de duur van 3 maanden niet overschrijden. Deze bijkomende honoraria voor complexe wondzorg worden niet meegerekend bij de berekening van het dagplafond. U kan ze aanrekenen naast de forfaitaire honoraria voor zwaar zorgafhankelijke

[68] Art. 8, § 1 en 8 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

patiënten en voor palliatieve patiënten. De bijkomende verstrekkingen kunnen onderling niet worden gecumuleerd tijdens eenzelfde verzorgingsdag.

De verbandwissel in het kader van de katheterzorg valt onder de verstrekking '**plaatsen van en/of toezicht op de perfusies'**.

Wat zijn de voorwaarden om wondzorg aan te rekenen?[69]

Alleen voor **B2-handelingen**[70] is een medisch voorschrift vereist voor(bijvoorbeeld voor het verwijderen van hechtingen).

Om wondzorg aan de ziekteverzekering aan te rekenen, moet u:

- een verpleegdossier inzake wondzorg aanleggen;
- de opstart van de wondzorg melden binnen de 5 dagen volgend op de eerste verzorgingszitting aan de arts(en) die de wonde superviseert(ren). De eerste verzorgingszitting van de betrokken wonde kan elke verstrekking van eenvoudige of complexe wondzorg betreffen, met inbegrip van de verstrekking "Toezicht op het verband zonder verbandwissel";
- een foto van de wonde nemen tijdens de eerste verbandwissel en die ter beschikking stellen van de arts(en) die de wonde superviseert(ren);
- minstens om de 14 dagen een nieuwe foto toevoegen aan het verpleegdossier;
- uiterlijk 6 weken na het verlenen van de eerste verstrekking wondzorg (eenvoudige of complexe):
  - advies vragen aan de arts(en) die de wonde superviseert(ren),
  - of de verstrekking 'Bezoek van een referentieverpleegkundige wondzorg' aanrekenen op verzoek van de referentieverpleegkundige, een (de) arts(en) die de wonde superviseert(ren) of de patiënt;
- om de 6 weken het advies vragen van de referentieverpleegkundige of van de arts, als een verslechtering of status-quo (die niet voldoet aan de doelstelling van de verzorging) van de wonde wordt vastgesteld t.o.v. het vorige advies (op basis van de meest recente evidence-based pijn- en wonde-evaluatie-instrumenten en inzichten[71] [bv. TIME]).

Welke documenten moet u bezorgen aan de arts die de wonde superviseert?[72]

Om een patiënt met wondzorg te behandelen, is een goede samenwerking tussen verpleegkundigen en artsen van essentieel belang. In het kader van die communicatie, die voortaan verplicht is, stelt u regelmatig foto's en verslagen ter beschikking zodat de artsen de evolutie van de wonde ook kunnen volgen.

---

[69] Art. 8, § 8 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

[70] Bijlage I, 1.5 van het koninklijk besluit van 18 juni 1990 houdende vaststelling van de lijst van de technische verpleegkundige verstrekkingen en de lijst van de handelingen die door een arts of een tandarts aan beoefenaars van de verpleegkunde kunnen worden toevertrouwd, alsmede de wijze van uitvoering van die verstrekkingen en handelingen en de kwalificatievereisten waaraan de beoefenaars van de verpleegkunde moeten voldoen.

[71] Bijlage 96 van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994; artikel 8 § 8 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

[72] Art. 8, § 8 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

- U moet de opstart van de wondzorg binnen de 5 dagen aan de arts melden en daarbij een foto van de wonde ter beschikking stellen. Deze communicatie moet op een directe, veilige en controleerbare manier verlopen, aangezien ze persoonlijke gegevens inzake de gezondheidstoestand van de patiënt bevat. U kunt de eHealthbox gebruiken als communicatiekanaal. Verzending per post is ook mogelijk.
- De foto die bij de eerste verbandwissel wordt gemaakt, voegt u toe aan het verpleegdossier van de patiënt. Ze wordt ter beschikking gesteld van de arts die de wonde superviseert. Dit betekent niet dat de foto systematisch moet worden verzonden. Als de arts toegang heeft tot het dossier van de patiënt (tijdens een raadpleging of bezoek), kan hij de foto van de wonde(s) raadplegen. Als de foto is opgeslagen in het elektronisch dossier van de patiënt op een hub (RSW/RSB/Vitalink), is deze in principe ook beschikbaar voor de arts. U moet ervoor zorgen dat de arts toegang heeft tot een foto van de wonde voor eventuele follow-up of advies.
- Bij elke verplichte communicatie met de arts moet u een foto ter beschikking stellen om samen de evolutie van de wonde te kunnen volgen.
- Vraag uiterlijk na 6 weken bijkomend advies aan de referentieverpleegkundige wondzorg of de arts die de wonde superviseert.

7. Verstrekkingen voor diabetespatiënten

Wat zijn de forfaitaire honoraria voor de verstrekkingen voor diabetespatiënten?

Er bestaan verschillende types forfaitaire honoraria voor de verstrekkingen die aan diabetespatiënten worden verleend.[73]

- **Opvolgingshonorarium voor begeleiding van een diabetespatiënt die niet overschakelt op zelfzorg**: u mag dit honorarium slechts aanrekenen:
  - één keer per dag;
  - op dagen dat er een insuline inspuiting plaatsvindt;
  - als de begeleiding verloopt volgens het zorgplan dat door de behandelend arts van de patiënt is goedgekeurd, overeenkomstig de vastgestelde richtlijnen.
- **Forfaitair honorarium voor het aanleggen van een specifiek verpleegdossier van de diabetische patiënt en overleg met de behandelende arts**: u mag dit honorarium enkel aanrekenen:
  - éénmalig;
  - uitsluitend als u de vaste verpleegkundige bent;
  - na voorafgaand overleg met de behandelende arts over de verpleegkundige zorgdoelstellingen (diabeteseducatie).
  - U mag het niet aanrekenen voor patiënten met een forfait of een aangerekend palliatief supplement.
  - Om het verpleegkundig dossier op te maken, kunt u de richtlijnen met betrekking tot de forfaitaire honoraria voor verstrekkingen aan diabetespatiënten raadplegen.

[73] Art. 8, § 1, 2 en 5*ter* van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

- **Forfaitaire verstrekkingen voor de individuele educatie tot zelfzorg van een diabetespatiënt door een referentieverpleegkundige**: u mag dit nomenclatuurnummer enkel aanrekenen:
  - éénmalig;
  - als u erkend referentieverpleegkundige in de diabetologie bent;
  - als de educatie gedurende minstens 5 uur (minimaal 30 minuten per zitting) gewaarborgd wordt, overeenkomstig de richtlijnen met betrekking tot de forfaitaire honoraria voor verstrekkingen aan diabetespatiënten.
- **Forfaitaire verstrekkingen voor de aanwezigheid van een vaste verpleegkundige tijdens de individuele educatie tot zelfzorg**: u mag dit nomenclatuurnummer enkel aanrekenen:
  - éénmalig;
  - als u minstens 2 educatiezittingen hebt bijgewoond, waaronder de laatste.
  - U mag dit nomenclatuurnummer niet cumuleren met een forfait of een palliatief supplement.
- **Forfaitaire verstrekkingen voor de individuele educatie tot inzicht, door de vaste verpleegkundige of de referentieverpleegkundige in diabetologie**: u mag dit nomenclatuurnummer enkel aanrekenen:
  - éénmalig;
  - als de educatie gedurende minstens 2 uur (minimaal 30 minuten per zitting) gewaarborgd wordt, overeenkomstig de richtlijnen.
  - U moet het verslag van elke zitting in het verpleegdossier bewaren.
  - U mag dit nomenclatuurnummer niet cumuleren met een forfait of een palliatief supplement.
- **Forfaitaire verstrekkingen voor de follow-up van een diabetespatiënt na de educatie tot zelfzorg**: u mag dit nomenclatuurnummer enkel aanrekenen:
  - 2 keer per kalenderjaar,
  - op voorschrift van de behandelende arts en na voorafgaand overleg met de behandelende arts over de doelstellingen van de follow-up in termen van verpleegkundige zorg;
  - als een forfaitaire verstrekking voor de individuele educatie tot zelfzorg van een diabetespatiënt door een referentieverpleegkundige wordt aangerekend.
  - Het zorgplan moet worden opgenomen in het specifieke verpleegdossier van de diabetespatiënt.
  - Bepaalde cumulaties met dit nomenclatuurnummer zijn verboden.

8. Referentieverpleegkundige inzake wondzorg en diabetologie

Wat zijn de voorwaarden om referentieverpleegkundige inzake wondzorg te worden?

Na de nomenclatuurwijzigingen over wondzorg heeft de referentieverpleegkundige inzake wondzorg nu een ruimere rol. De vaste verpleegkundige moet hem/haar (of de arts) om verder advies vragen.[74]

Om referentieverpleegkundige inzake wondzorg te worden, moet u aan de volgende voorwaarden voldoen[75]:

- houder zijn:
  - van de titel van gegradueerde verpleegkundige,
  - of van de titel van verpleegkundige met brevet/diploma,
  - of van de beroepstitel van gegradueerde verpleegkundige,
  - of van de beroepstitel van verpleegkundige;
- en een aanvullende opleiding hebben genoten van minstens 40 uur die bekroond werd met een getuigschrift uitgereikt door een opleidingsinstituut erkend door het departement dat onderwijs tot zijn bevoegdheid heeft. De aanvullende opleiding omvat minstens 40 uur onderwijs in de domeinen biomedische wetenschappen of verpleegkundige en psychosociale wetenschappen.

Wat zijn de voorwaarden om referentieverpleegkundige inzake diabetologie te worden?

Om referentieverpleegkundige inzake diabetologie te worden, moet u:

- houder zijn:
  - van de titel van gegradueerde verpleegkundige,
  - of van de titel van verpleegkundige met brevet/diploma,
  - of van de beroepstitel van gegradueerde verpleegkundige,
  - of van de titel van verpleegkundige;
- en een aanvullende opleiding hebben genoten van minstens 40 uur die bekroond werd met een getuigschrift uitgereikt door een opleidingsinstituut erkend door het departement dat onderwijs tot zijn bevoegdheid heeft.

Deze aanvullende opleiding draagt bij tot de ontwikkeling van de pedagogische bekwaamheid op het vlak van educatie van diabetespatiënten en omvat minstens 40 uur theoretisch onderwijs in de domeinen biomedische wetenschappen of verpleegkundige en psychosociale wetenschappen.[76]

[74] Art. 8, § 8 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

[75] Bijlage 96 van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994; artikel 8 § 8 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

[76] Richtlijnen met betrekking tot de forfaitaire honoraria voor verstrekkingen aan diabetespatiënten.

9. Medisch voorschrift

Welke verstrekkingen mag u alleen aanrekenen als ze zijn voorgeschreven?

De volgende verstrekkingen worden alleen vergoed als ze zijn voorgeschreven[77]:

- toedienen van geneesmiddelen, waaronder de vervanging van het heparineslot, via een directe intraveneuze toedieningsweg of via een eerder geplaatste intraveneuze katheter;
- toedienen van geneesmiddelen langs intramusculaire, subcutane of hypodermale toedieningsweg;
- toedienen van geneesmiddelen langs intramusculaire, subcutane, hypodermale of intraveneuze toedieningsweg in verschillende injectieplaatsen;
- aanbrengen van bandage(s), compressieverband(en) in het kader van compressietherapie;
- aandoen en/of uittrekken van kous(en) in het kader van compressietherapie;
- blaassondage, blaasinstillatie, blaasspoeling;
- lavement en/of toediening van medicamenteuze oplossingen via rectale sonde, gastro-intestinale tubage en drainage, darmspoeling, enterale voeding via maagsonde, gastro- of enterostomiesonde;
- plaatsen van en/of toezicht op (intraveneuze of subcutane) perfusie, behalve voor isotone zoutoplossing;
- toediening van en/of toezicht op parenterale voeding ;
- vervangen van een suprapubische sonde met ballon;
- vervangen van een gastrostomiesonde met ballon;
- toezicht en opvolging bij het gebruik van pompsystemen voor het toedienen van chronische analgesie via epidurale of intrathecale catheter bij wijziging van de onderhoudsdosis.

Aan welke vereisten moeten medische voorschriften voldoen?

Bepaalde verstrekkingen kan u alleen aanrekenen als u een medisch voorschrift heeft. Dit moet aan de volgende voorwaarden voldoen[78]:

- de identiteit van de patiënt vermelden;
- de identiteit van de voorschrijver vermelden: naam, adres, RIZIV-nummer;
- de aard, het aantal en de frequentie vermelden 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);
- de aard en de dosis van de toe te dienen producten vermelden voor het toedienen van geneesmiddelen en medicamenteuze oplossingen;
- niet het aantal verstrekkingen, maar de periode van toediening (maximaal één jaar per voorschrift) vermelden voor de bereiding en toediening van medicatie aan chronische psychiatrische patiënten;
- het debiet en de hoeveelheid per 24 uur vermelden voor het toedienen van enterale en parenterale voeding of van perfusies;
- gedagtekend zijn;
- ondertekend worden door de voorschrijver (manueel).

---

[77] Art. 8, § 2 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

[78] Bijlage 32 van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994; artikel 8 § 2 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

Wat moet u doen als het voorschrift onvolledig of ongeldig is?

U mag nooit zelf wijzigingen aanbrengen aan het voorschrift! Een geldig voorschrift is een vergoedingsvoorwaarde. U doet er daarom goed aan het onvolledige voorschrift voor verbetering aan te bieden aan de voorschrijver.

U kunt hem/haar eraan herinneren dat de wet een geldboete (van 50 euro, te vermenigvuldigen met het aantal betrokken patiënten, tot een maximum van 5.000 euro) voorziet voor de zorgverlener die administratieve of medische documenten heeft opgesteld die niet in overeenstemming zijn met de wettelijke bepalingen.[79]

In dringende gevallen kan u verstrekkingen aanrekenen die mondeling zijn voorgeschreven. Dit kan door een andere zorgverlener dan een arts worden gedaan, binnen de grenzen van zijn/haar bevoegdheden, op basis van een voorschrift dat telefonisch of via webcam wordt meegedeeld. De zorgverlener bevestigt zo spoedig mogelijk schriftelijk het voorschrift en dit uiterlijk 5 kalenderdagen na het mondeling geformuleerde voorschrift.[80]

10. Cumulverbod autosondage door patiënt en sondage door de verpleegkundige

Mag u aan de ziekteverzekering een sondage aanrekenen uitgevoerd bij een patiënt die aan autosondage doet?

Sommige patiënten hebben recht op een vergoeding voor de aanschaf van sondes in het kader van autosondage[81]. Het betreft urinesondages thuis uitgevoerd door de patiënt zelf of door iemand uit zijn omgeving die hiertoe is opgeleid en die die techniek kan toepassen.

Als de ziekteverzekering tussenkomt voor autosondage, mag geen enkele sondage uitgevoerd door de verpleegkundige worden terugbetaald. Als de patiënt toch sondage via de verpleegkundige nodig heeft, zal die rechtstreeks aan de patiënt moeten worden gefactureerd.

---

[79] Art. 142, § 1, 7° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

[80] Art. 8, § 2 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

[81] Voor de voorwaarden waaronder de ziekteverzekering tussenkomst in de kosten voor autosondage thuis, zie het koninklijk besluit van 23 november 2021 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5° a), 19°, 20° en 20*bis* van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

11. Verstrekkingen die niet aan de ziekteverzekering kunnen worden aangerekend

Welke verstrekkingen mag u niet aanrekenen?

U mag geen verstrekkingen aanrekenen die zijn verleend[82]:

- in een ziekenhuis;
- in een rustoord;
- in een rust- en verzorgingstehuis;
- in een psychiatrisch verzorgingstehuis;
- tijdens een bezoek, raadpleging of technische verstrekking van een arts;
- aan patiënten in een gevangenis;
- in het kader van wetenschappelijk onderzoek of klinische proeven;
- aan een patiënt die zich niet op Belgisch grondgebied bevindt;
- geheel of gedeeltelijk verricht door niet-bevoegde personen, zelfs als ze worden uitgevoerd in aanwezigheid van de verpleegkundige die ze aanrekent;
- enz.

Mag u niet-aanrekenbare verstrekkingen verlenen?

U mag verstrekkingen verlenen die niet worden vergoed door de ziekteverzekering, zolang u voldoet aan uw verplichtingen (onder andere de voorschriftplicht) en u de bevoegdheid heeft om dit te doen. De kosten van die verstrekkingen, die vrij worden bepaald[83], zijn dan ten laste van de patiënt. U moet hem hiervan op de hoogte stellen.[84] U hoeft geen getuigschrift voor verstrekte hulp af te leveren, maar de patiënt kan wel een ontvangstbewijs vragen.

12. Facturatietermijn

Wanneer moeten de getuigschriften voor verstrekte hulp naar de ziekenfondsen worden verzonden?

Als u bent toegetreden tot de nationale overeenkomst en heeft geopteerd voor de derde-betalersregeling, stuurt u maandelijks naar de betrokken ziekenfondsen uw ereloonnota die de getuigschriften voor verstrekte hulp omvat en een in tweevoud opgemaakte verzamelstaat. Dit moet u sturen vóór het einde van de maand na die waarin de verstrekkingen zijn verleend. Op die nota zijn de naam van de rechthebbenden, het bedrag van de tegemoetkomingen per rechthebbende en het totaal door het ziekenfonds verschuldigd bedrag vermeld.[85]

---

[82] Art. 8, § 3 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

[83] Art. 35, tweede lid gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen.

[84] Art. 8, § 2 van de wet betreffende de rechten van de patiënt van 22 augustus 2002.

[85] Art. 7, § 2 van de nationale overeenkomst W/97 tussen de gegradueerde verpleegsters of de met dezen gelijkgestelden, de vroedvrouwen, de verpleegsters met brevet, de verpleegassistenten/ziekenhuisassistenten of de met deze gelijkgestelden en de verzekeringsinstellingen.

De voordelen van een tijdig uitgevoerde facturatie:
- beperken van de risico's op vergetelheden en fouten;
- voorkomen van afwijzingen door ziekenfondsen wegens fouten of vertragingen;
- verkleinen van de kans op een controle door de DGEC en op geldboetes van de Dienst voor administratieve controle van het RIZIV.

13. Maximumaantal W-waarden per kalenderjaar

Wat is het maximumaantal W-waarden?

Om de kwaliteit van de zorg te waarborgen en frauduleuze praktijken te bestrijden, is er in de nomenclatuur een maximumaantal W-waarden per kalenderjaar vastgelegd voor verpleegkundigen en zorgkundigen.[86]

Dat maximumaantal W-waarden wordt bepaald op basis van uw statuut: u bent een verpleegkundige of een zorgkundige met het statuut van:
- loontrekkende: u mag per kalenderjaar een maximum van 22.000 W-waarden aan verstrekkingen aanrekenen;
- zelfstandige: u mag per kalenderjaar een maximum van 40.000 W-waarden aan verstrekkingen aanrekenen;
- loontrekkende en zelfstandige tijdens hetzelfde kalenderjaar: u mag per kalenderjaar een maximum van 40.000 W-waarden aan verstrekkingen aanrekenen.

Wat gebeurt er als u het maximumaantal W-waarden overschrijdt?

Als we vaststellen dat u het maximumaantal W-waarden heeft overschreden, starten we een controleonderzoek met het oog op een terugvordering van de verstrekkingen die u boven het maximumaantal W-waarden had gefactureerd. Na ontvangst van het proces-verbaal van vaststelling heeft u 2 maanden de tijd om de onterechte aanrekening vrijwillig terug te betalen en de DGEC eventueel te contacteren.

Bij de berekening van uw aantal W-waarden houden we geen rekening met de verstrekkingen die een andere zorgverlener heeft uitgevoerd en aangerekend op uw RIZIV-nummer. Het is dus belangrijk dat u bij de aanrekening correct vermeldt wie de zorg heeft verleend.

[86] Art. 8, § 3*bis* van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

14. Zorgkundigen in gestructureerde equipes van thuisverpleegkundigen

Kan u een zorgkundige opnemen in uw gestructureerd equipe?

Gestructureerde equipes van thuisverpleegkundigen kunnen zorgkundigen opnemen en bepaalde zorgtaken aan hen delegeren die in het koninklijk besluit van 12 januari 2006[87] bepaald worden. Daartoe moet de gestructureerde equipe voldoen aan de 5 criteria die zijn vastgelegd in artikel 3, § 1, van dit koninklijk besluit:

- de gestructureerde equipe moet zodanig zijn opgesteld dat de verpleegkundigen toezicht kunnen uitoefenen op de activiteiten van de zorgkundigen;
- de gestructureerde equipe moet de continuïteit en de kwaliteit van de zorg verzekeren;
- zij organiseert het gezamenlijk patiëntenoverleg waarbij het zorgplan geëvalueerd en zo nodig bijgestuurd wordt;
- zij voert een samenwerkingsprocedure in tussen verpleegkundigen en zorgkundigen. Deze laatsten rapporteren nog dezelfde dag aan de verpleegkundige die toezicht houdt op hun activiteiten;
- zij krijgt permanente opleiding.

Het is de verantwoordelijkheid van de structurele equipe om aan te tonen dat deze 5 criteria voldaan zijn.

Onder welke voorwaarden kunnen de verstrekkingen die werden gedelegeerd aan een zorgkundige in uw gestructureerde equipe worden vergoed?

Een gestructureerde equipe van thuisverpleegkundigen kan verstrekkingen gedelegeerd aan een zorgkundigen aanrekenen aan de ziekteverzekering als ze aan deze voorwaarden[88] voldoet.

- Ze bestaat uit minstens 3 beoefenaars van de verpleegkunde, waarvan minstens 2 verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg (VVAZ), die:
  - elk toegetreden zijn tot de nationale overeenkomst;
  - verpleegkunde in hoofdberoep uitoefenen;
  - daadwerkelijk hebben meegewerkt aan een aspect van de zorg van de patiënten, met uitsluiting van administratieve of coördinerende aspecten,
  - hetzelfde nummer gestructureerde equipe (of groepsnummer derde-betalersregeling) gebruiken,
  - gezamenlijk voor elke maand minstens 3.000 W-waarden aan verstrekkingen uit artikel 8 hebben aangerekend (de verstrekkingen waarbij zorgkundigen de verzorging geheel of gedeeltelijk hebben uitgevoerd niet meegerekend) en dit tijdens een periode van 6 maanden voorafgaand aan de maand waarin een aangerekende verstrekking werd verleend door een zorgkundige.
- Ze heeft interne afspraken gemaakt die beantwoorden aan de richtlijn, vastgelegd door het Verzekeringscomité, over de praktische modaliteiten van de delegatie van verpleegkundige activiteiten aan zorgkundigen en de samenwerking tussen de leden van de equipe.

---

[87] Koninklijk besluit van 12 januari 2006 tot vaststelling van de verpleegkundige activiteiten die de zorgkundigen mogen uitvoeren en de voorwaarden waaronder de zorgkundigen deze handelingen mogen stellen.

[88] Art. 8, § 12, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

- Ze heeft nursenl@riziv-inami.fgov.be een verklaring op erewoord bezorgd, overeenkomstig de richtlijn van het Verzekeringscomité, met daarin ten minste de gegevens die toelaten de equipe te identificeren.
- De zorgkundige heeft een RIZIV-nummer. Het is aan de verantwoordelijke van de gestructureerde equipe om dit RIZIV-nummer aan te vragen.

Als er meer dan 40 % van de aangerekende basisverstrekkingen van een gestructureerde equipe, zowel binnen als buiten de forfaitaire honoraria, in een gegeven kalendermaand worden verleend door zorgkundigen kan dit een aanleiding zijn voor de DGEC om de redenen van overschrijding op te vragen en verder te controleren. Een overschrijding kan het gevolg zijn van kortstondige omstandigheden, zoals de afwezigheid van een verpleegkundige, of kan te wijten zijn aan het type verstrekkingen dat voornamelijk door de gestructureerde equipe wordt verleend. In het geval van een overschrijding mogen de voorwaarden om een zorgkundige in een gestructureerde equipe op te nemen ook gecontroleerd worden.

! De gestructureerde equipes zijn bedoeld om een goede samenwerking onder zorgverleners te bevorderen bij hun zorg voor de patiënt. Het is dus niet mogelijk om met zorgkundigen samen te werken als enkel op administratief vlak aan de voorwaarden is voldaan.

> Bijvoorbeeld: bepaalde tariferingsdiensten vormen grote administratieve groeperingen van verpleegkundigen die aanrekenen via een zelfde derde-betalersnummer. Een verpleegkundige lid van zo een groepering kan niet met zorgkundigen samenwerken als hij/zij als enige patiënten behandelt. Immers, geen enkele andere verpleegkundige heeft in dit geval meegewerkt aan een aspect van de verzorging van de patiënt dan enkel op administratief of coördinerend vlak.

Samenvatting:
- 3 onafhankelijke VVAZ die buiten een groepering samenwerken → mogen geen zorgen aanrekenen die aan een zorgkundige worden gedelegeerd;
- 3 onafhankelijke VVAZ of 2 VVAZ en een basisverpleegkundige, die samenwerken in een groepering → mogen de zorgen aanrekenen die aan een zorgkundige worden gedelegeerd als ze in een gestructureerde equipe werken (aangegeven bij het RIZIV) en aan de bovenstaande voorwaarden voldoen.

Welke voorwaarden zijn van toepassing op uw controlebezoeken wanneer u verpleegkundige handelingen aan een zorgkundige delegeert?

Wanneer u aan een zorgkundige, die in de gestructureerde equipe is opgenomen, verpleegkundige handelingen delegeert als verpleegkundige, moet u controlebezoeken uitvoeren waarbij:
- u moet nagaan of de delegatie van activiteiten correct verloopt;
- u zelf de verzorging moet verlenen die nodig is tijdens dit bezoek, eventueel in aanwezigheid van de zorgkundige. De verzorging van de patiënt mag enkel over verschillende verzorgingszittingen gespreid worden om medische redenen die vermeld zijn op het voorschrift, of in het geval van delegatie naar een zorgkundige.

Controlebezoeken moeten ten minste:

- 1 keer per maand plaatsvinden voor elke patiënt bij wie een zorgkundige verpleegkundige activiteiten verleent;
- 2 keer per maand plaatsvinden in het kader van forfaits A;
- 4 keer per maand plaatsvinden in het kader van forfaits B;
- 1 keer per dag plaatsvinden in het kader van forfaits C en palliatieve forfaits (PA, PB, PC, PP en PN). Op de dag van opname in een verzorgingsinstelling of het overlijden van de patiënt is het toegelaten dat er geen controlebezoek plaatsvindt.

De frequentie en de tijdstippen van die controlebezoeken moeten adequaat zijn vanuit de zorgsituatie van de patiënt en gemotiveerd worden in een verpleegdossier.

Hoe moet u de zorg aanrekenen die gedelegeerd is aan zorgkundigen?

Om de zorg aan te rekenen die u aan een zorgkundige hebt gedelegeerd, moet u deze zorg aanrekenen op uw naam. U moet hierbij het RIZIV-nummer van de zorgkundige vermelden die de verstrekkingen heeft uitgevoerd. De honoraria dekken de verstrekkingen en ook alle aspecten van controle en toezicht.[89]

15. Basisverpleegkundigen in zorgteams

Kan u verstrekkingen delegeren aan een basisverpleegkundige?

Het is voor groeperingen van verpleegkundigen mogelijk om bepaalde verstrekkingen bepaald in het koninklijk besluit van 20 september 2023[90], te delegeren onder de voorwaarden bepaald in dat koninklijk besluit.

Onder welke voorwaarden kunnen de verstrekkingen die zijn uitgevoerd door een basisverpleegkundige worden vergoed?

De verstrekkingen uitgevoerd door een basisverpleegkundige zijn vergoedbaar door de ziekteverzekering wanneer aan onderstaande voorwaarden is voldaan[91]:

- de verstrekkingen moeten worden verstrekt binnen een zorgteam[92] (in een groepering van verpleegkundigen) :
  - dat minstens 2 verpleegkundigen verantwoordelijk voor algemene zorg (VVAZ) heeft,
  - waarvan de verpleegkundige zorgen worden gecoördineerd door een VVAZ,
  - waarvan alle leden hetzelfde groepsnummer (of groepsnummer derde-betalersregeling) gebruiken,
  - waarin interne afspraken zijn gemaakt over de praktische modaliteiten voor de samenwerking tussen de leden van het team en de permanente beschikbaarheid van een VVAZ binnen of

[89] Art. 8, § 11 en 12 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

[90] Koninklijk besluit van 20 september 2023 bepalende de lijst van de verpleegkundige technische verstrekkingen betreffende de basisverpleegkundige, alsmede hun uitoefeningsvoorwaarden.

[91] Art. 8, § 13, van de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen.

[92] Zoals bedoeld in art. 45, § 1/2, van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen.

buiten het zorgteam. Die interne afspraken moeten beantwoorden aan de richtlijn uitgevaardigd door het Verzekeringscomité betreffende de samenwerkingsakkoorden binnen een groepering van verpleegkundigen;

- het verpleegkundig dossier wordt vervolledigd door een plan voor verpleegkundige zorg opgesteld door de VVAZ die de diagnose stelt. De basisverpleegkundige voert de verpleegkundige verzorging uit zoals ze zijn aangeduid in het plan. Het plan verduidelijkt ook de limieten binnen dewelke de basisverpleegkundige zelf elementen uit het plan verpleegkundige zorg kan aanpassen;
- de VVAZ evalueert de complexiteit van de situatie (eerste beoordeling en eventuele herbeoordeling). De eerste beoordeling kan door de basisverpleegkundige worden uitgevoerd wanneer het technische verstrekkingen betreft die door de basisverpleegkundige moeten uitgevoerd voor een periode van minder dan 24 uur. Rekening houdend met de gezondheidstoestand van de patiënt en de zorgcontext kan de basisverpleegkundige, binnen de grenzen van zijn bevoegdheden, beginnen met het verlenen van zorg op basis van een referentieverzorgingsplan en zonder eerste beoordeling door de VVAZ. De evaluatie van de toestand van de patiënt door de VVAZ moet zo snel mogelijk volgen, uiterlijk op de vijfde dag volgend op de dag waarop de verzorging is begonnen. De basisverpleegkundige die tijdens het verlenen van de zorg vaststelt dat de benodigde zorg, als gevolg van de ontwikkeling van de gezondheidstoestand van de patiënt, zijn of haar bevoegdheden te boven gaat, stelt de VVAZ hier zo snel mogelijk van op de hoogte met het oog op een herevaluatie van de gezondheidstoestand van de patiënt en de nodige samenwerking.

Samenvatting:

- 2 zelfstandige VVAZ die buiten een groepering samenwerken → mogen geen zorgen aanrekenen die door een basisverpleegkundige worden verleend;
- 2 zelfstandige VVAZ die binnen een groepering samenwerken → een basisverpleegkundige mag verpleegkundige zorgen verlenen en aanrekenen als het zorgteam interne afspraken heeft gemaakt en aan de bovenstaande voorwaarden voldoet.

Hoe moet u de zorg aanrekenen die is uitgevoerd door een basisverpleegkundige?

De basisverpleegkundige kan zelf, onder zijn RIZIV-nummer, de verpleegkundige zorgen aanrekenen die hij thuis heeft verleend in het kader van de samenwerking binnen een zorgteam.

16. Publiciteit

Mag u publiciteit maken voor uw verpleegkundige activiteit?

U mag als verpleegkundige publiciteit maken. U moet zich dan wel houden aan de wetgeving op het vlak van gezondheidszorg en het Wetboek van economisch recht.[93] Respecteer ook de deontologische en ethische principes van uw beroep.[94]

De praktijkinformatie waarover u wil communiceren:
- moet waarheidsgetrouw, objectief, relevant en verifieerbaar zijn en moet wetenschappelijk onderbouwd zijn;
- mag niet aanzetten tot overbodige onderzoeken of behandelingen;
- mag niet bedoeld zijn om patiënten te ronselen;
- vermeldt de bijzondere beroepstitel(s) waarover u beschikt.

U kunt daarnaast ook informeren over bepaalde bijkomende opleidingen waarvoor geen bijzondere beroepstitel bestaat.[95]

In welke gevallen is het verboden om publiciteit te maken voor uw verpleegkundige activiteit?

Het is verboden publiciteit te maken in 2 gevallen[96]:
- als de reclame vermeldt dat geneeskundige verstrekkingen gratis zijn;
- als de reclame verwijst naar de tegemoetkoming van de ziekteverzekering in de kostprijs van verstrekkingen.

[93] Art. VI.93 en volgende van het Wetboek van economisch recht.

[94] Art. 27 van de deontologische code voor de Belgische verpleegkundigen, bijlage van het advies 2017.04 van de Federale raad voor verpleegkunde.

[95] Art. 31 van de wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg.

[96] Art. 127, § 2 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

2e editie, september 2026

Verantwoordelijke uitgever: P. Facon, Galileelaan 5/01, 1210 Brussel

Realisatie: Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC)

Graphic Design: Team Comm RIZIV

Foto's: Ab initio, Canva en Verypics

Wettelijk depot: D/2026/0401/06