

Gecoördineerde tekst van de nationale overeenkomst W/97

Laatste verwerkte aanpassing:
wijzigingsclausule W/97octies in werking getreden op 1 januari 2011.

Rijksinstituut voor Ziekte- en
invaliditeitsverzekering

Tervurenlaan 211
1150 Brussel
☎ 02/739 78 32

Dienst voor
Geneeskundige verzorging

NATIONALE OVEREENKOMST TUSSEN DE GEGRADUEERDE VERPLEEGSTERS OF
DE MET DEZEN GELIJKGESTELDEN,
DE VROEDVROUWEN, DE VERPLEEGSTERS MET BREVET,
DE VERPLEEGASSISTENTEN/ZIEKENHUISASSISTENTEN OF DE MET DEZE GELIJK-
GESTELDEN EN DE VERZEKERINGSINSTELLINGEN

Artikel 1. Deze overeenkomst omschrijft, wat de honoraria en hun betalingswijze betreft, de betrekkingen tussen de gegradueerde verpleegsters of de met dezen gelijkgestelden, de vroedvrouwen, de verpleegsters met brevet, de verpleegassistenten/ziekenhuisassistenten of de met dezen gelijkgestelden, hierna "verpleegkundigen" genoemd, en de rechthebbenden van de verzekering, zoals ze bepaald zijn in de artikelen 32 en 33, eerste lid, 5°, 6° en 7°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Art. 2. De honoraria zijn verschuldigd voor elke verstrekking, opgenomen in de nomenclatuur die door de Koning met toepassing van artikel 35 van voornoemde wet vastgesteld is en op voorwaarde dat de verpleegkundige die ze verleend heeft, de vereiste bekwaming bezit, overeenkomstig de bepalingen van die nomenclatuur.

Art. 3. De waarde van de vermenigvuldigingsfactor W wordt vanaf 1 juli 2002 vastgesteld op 3,473175 EUR.

Deze waarde stemt overeen met een herwaardering met 1,25 %.

Overeenkomstig het koninklijk besluit van 8 december 1997 tot bepaling van de toepassingsmodaliteiten voor de indexering van de prestaties in de regeling van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, kan de waarde van de vermenigvuldigingsfactor W vanaf 1 januari van elk jaar worden aangepast aan de evolutie van de waarde van het in artikel 1 van dat koninklijk besluit bedoeld gezondheidsindexcijfer tussen 30 juni van het tweede jaar ervoor en 30 juni van het jaar ervoor. Daartoe constateert de Overeenkomstencommissie, met hetzelfde quorum als het quorum dat noodzakelijk is voor het sluiten van een overeenkomst, dat er een toereikende begrotingsmarge is.

Art. 4. § 1. De honoraria voor de verstrekkingen die bij de rechthebbende thuis of in zijn verblijfplaats worden verricht, omvatten een gemiddeld bedrag dat overeenstemt met 0,224 W dat forfaitair alle verplaatsingskosten van de verpleegkundigen dekt.

§ 2. Voor de verstrekkingen die worden verricht bij de rechthebbende thuis of in zijn verblijfplaats die gelegen zijn in een van de hierna vermelde gemeenten, wordt bovendien voor elke verzorgingszitting een bedrag dat overeenstemt met 0,546 W (codenr. 418913) toegekend, dat forfaitair alle bijkomende verplaatsingskosten van de verpleegkundigen dekt.

De in het vorige lid bedoelde gemeenten zijn de volgende (het zijn die welke in de kieskantons, vermeld in het Belgisch staatsblad van 17 maart 1984, liggen en een bevolkingsdichtheid hebben die gelijk is aan of kleiner is dan 120 inwoners per km², op basis van de bevolkingsgegevens van 1988) :

Amblève	Florennes	Mont-de-l'Enclus
Anhée	Florenville	Musson
Anthisnes	Fourons	Nandrin
Baelen	Frasnes-lez-Anvaing	Nassogne
Bastogne (1)	Froidchapelle	Neufchâteau
Beaumont	Gedinne	Onhaye
Beauraing	Gouvy	Orp-Jauche
Beuvechain	Habay	Ouffet
Bertogne	Hamoir	Paliseul
Bertrix	Hamois	Philippeville
Bièvre	Hastière	Ramillies
Bouillon	Havelange	Rendeux
Brugellette	Hélécine	Rochefort
Bullange	Herbeumont	Rouvroy
Burdinne	Héron	Saint-Hubert
Burg-Reuland	Heuvelland	Saint-Léger
Butgenbach	Hotton	Sainte-Ode
Celles	Houffalize	Saint-Vith
Cerfontaine	Houyet	Sivry-Rance
Chièvres	Incourt	Somme-Leuze
Chimay	Jalhay	Stavelot
Chiny	Jodoigne (4)	Stoumont
Ciney (2)	Jurbise	Tellin
Clavier	La Bruyère	Tenneville
Couvin	La Roche-en-Ardenne	Tinlot
Daverdisse	Léglise	Tintigny
Dinant (3)	Lens	Trois-Pont
Doische	Libin	Vaux-sur-Sûre
Durbuy	Libramont-Chevigny	Vielsalm
Eghezée	Lierneux	Viroinval
Ellezelles	Limbourg	Virton
Engis	Malmedy (5)	Vleteren
Erezée	Manhay	Vresse-sur-Semois
Etalle	Marche-en-Famenne	Waimies
Fauvillers	Meix-devant-Virton	Wellin
Fernelmont	Messines	Yvoir
Ferrières	Modave	
Flobecq	Momignies	

(1) (2) (3) (4) (5) Behalve centrum van de entiteit. Zijn dus opgenomen, de oude gemeenten :

- (1) Longvilly - Noville - Villers-la-Bonne-Eau - Wardin
- (2) Achène - Braibant - Chevetogne - Conneux - Leignon - Pessoux - Serinchamps - Sovet
- (3) Falmagne - Falmignoul - Foy-Notre-Dame - Furfooz - Lisogne - Sorinnes - Thynes
- (4) Dongelberg - Jauchelette - Lathuy - Mélin - Piétrain - St-Jean-Geest - St-Remy-Geest - Zetrud-Lumay
- (5) Bellevaux-Ligneuville - Bevercé

Art. 5. De hoegrootheden van de honoraria en van de vaste vergoeding voor reiskosten die in deze overeenkomst zijn bedongen, worden toegepast op alle rechthebbenden van de verzekering voor geneeskundige verzorging, inclusief de weduwen en weduwnaars, gepensioneerden, wezen en invaliden, bedoeld bij de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Art. 6. § 1. De rechthebbende betaalt zelf de honoraria aan de in artikel 1 bedoelde verpleegkundige.

§ 2. De in artikel 1 bedoelde verpleegkundige mag opteren voor de toepassing van de derdebetalersregeling voor het gedeelte van het honorarium dat ten laste komt van de verzekeringsinstelling. In dat geval preciseert hij dat bij zijn toetreding of deelt hij dat met een aangetekende brief mee aan de Dienst voor Geneeskundige verzorging. Evenzo mag hij afzien van de optie voor de derdebetalersregeling mits hij aan de Dienst voor Geneeskundige verzorging per aangetekende brief een bericht zendt, dat uitwerking heeft de eerste dag van het kalenderkwartaal na de datum waarop de aangetekende brief is verzonden.

§ 3. Indien de verpleegkundige geopteerd heeft voor de derdebetalersregeling, is hij ertoe gehouden die betalingswijze toe te passen voor alle rechthebbenden en voor alle verstrekkingen die hij verleent.

Art. 7. § 1. De in artikel 1 bedoelde verpleegkundige reikt aan de rechthebbende het getuigschrift voor verstrekte hulp uit of voegt het getuigschrift of het document, in geval van toepassing van de derdebetalersregeling, bij de ereloonnota die naar de verzekeringsinstelling wordt gestuurd.

§ 2. De in artikel 1 bedoelde verpleegkundige die heeft geopteerd voor de derdebetalersregeling, stuurt naar elk ziekenfonds of gewestelijke dienst van de verzekeringsinstelling iedere maand en vóór het einde van de maand na die waarin de verstrekkingen zijn verleend, zijn ereloonnota die de getuigschriften voor verstrekte hulp en een in tweevoud opgemaakte verzamelstaat omvat; op die staat zijn de naam van de rechthebbenden, het bedrag van de tegemoetkomingen per rechthebbende en het totaal door de verzekeringsinstelling verschuldigd bedrag vermeld.

De verzekeringsinstelling vereffent het bedrag van de ereloonnota, rekening houdende met de aangebrachte rectificaties, binnen een termijn van zes weken na het verstrijken van de in het vorige lid bepaalde termijn, voor zover de in artikel 1 bedoelde verpleegkundige zijn ereloonnota binnen die termijn heeft ingediend, waarbij de poststempel bewijskrachtig is. Indien de betalingstermijnen door de verzekeringsinstelling niet in acht worden genomen, deelt de verpleegkundige dat mee aan de Overeenkomstencommissie. De Overeenkomstencommissie zal erover waken dat de verzekeringsinstellingen de voormelde betalingstermijnen naleven.

§ 3. Indien de getuigschriften zijn opgestuurd binnen de in § 2, eerste lid, vastgestelde termijn, geeft het niet betalen binnen de in § 2, tweede lid, vastgestelde termijn recht op verwijlinteressen waarvan de hoegrootheid overeenstemt met de hoegrootheid van de kaskredieten bij de Algemene Spaar- en Lijfrentekas op de datum waarop de betalingstermijn verstrijkt.

Die verwijlinteressen worden berekend vanaf de eerste dag na het verstrijken van de betalingsstermijn. De verpleegkundige vordert die verwijlinteressen terug van de betrokken verzekeringsinstelling met een aangetekende brief, waarin het gevorderde bedrag omstandig gemotiveerd wordt. Er zijn geen verwijlinteressen verschuldigd indien de betalingskosten hoger liggen dan het te betalen bedrag.

Die verwijlinteressen komen ten laste van de administratiekosten van de Dienst voor Geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering indien de vertraging is toe te schrijven aan het laattijdig overmaken van de in artikel 202 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, bedoelde maandelijkse voorschotten, of indien die voorschotten niet volstaan om de verzekeringsinstelling toe te laten haar financiële verplichtingen ten aanzien van alle zorgverstrekkers en inrichtingen volledig na te komen.

Art. 7bis. Sinds 1 januari 1994 is de optie derdebetalersregeling afhankelijk, eensdeels van de verplichting om het op nationaal niveau doorsturen van de factureringsgegevens op magnetische drager naar de betrokken verzekeringsinstelling te koppelen aan de ereloonnota en aan de verzamelstaat waarvan sprake is in artikel 7, § 2, van deze overeenkomst en anderdeels van de verplichting om een "derdebetalersregeling"-nummer aan te vragen en te gebruiken, dat door de Dienst voor Geneeskundige verzorging wordt toegekend.

De modaliteiten volgens welke de magnetische dragers moeten worden afgeleverd, zijn de modaliteiten die zijn omschreven in de "instructies voor de gebruikers van het systeem van de aflevering van de factureringsgegevens op magnetische drager en van de verzekeringsinstellingen", die worden vastgelegd en bijgewerkt door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging.

De in artikel 7, § 2, hiervoren bepaalde modaliteiten en termijnen zijn van toepassing. De invoering van de verplichting om factureringsgegevens op magnetische drager door te sturen, onderstelt de ontvangst en de aanvaarding van de magnetische drager vóór de betaling door de verzekeringsinstelling. De voorwaarden waaronder de magnetische dragers aanvaardbaar zijn, zijn vermeld in de instructies die zijn opgemaakt door het voornoemd Verzekeringscomité, met dien verstande dat per record slechts één verstrekking wordt aanvaard.

De verpleegkundigen die de toepassing van de derdebetalersregeling kiezen, moeten bovendien vanaf 1 januari 1994 een "derdebetalersregeling"-nummer gebruiken dat ze met een aangetekende brief moeten aanvragen bij de Dienst voor Geneeskundige verzorging. Het individueel "derdebetalersregeling"-nummer is hetzelfde als het inschrijvingsnummer van de verpleegkundige. Groepen van praktizerenden kunnen overeenkomen geïndividualiseerde maar op dezelfde drager gegroepede factureringsgegevens af te leveren. De groep van praktizerenden moet in dat geval een voor de groep specifiek "derdebetalersregeling"-nummer aanvragen. Bij de facturering moet dat nummer samen met de individuele nummers worden gebruikt.

Voor de verstrekkingen die vanaf 1 januari 2009 zijn verricht, mag de in de vorige leden beoogde verstrekking van de facturatiegegevens op magnetische drager met inachtneming van de regels die door het Verzekeringscomité zijn opgesteld, worden vervangen door een overdracht via een elektronisch netwerk.

Art. 8. Voor de verstrekkingen vermeld in hoofdstuk III, afdeling 4, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, wordt door de rechthebbende een persoonlijk aandeel betaald dat overeenstemt met 25 % van het bedrag van de in deze overeenkomst vastgestelde honoraria.

Dat persoonlijk aandeel is eisbaar ongeacht de plaats waar de verstrekking is verleend.

Overeenkomstig artikel 37 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, is het niet verschuldigd voor de weduwen en weduwnaars, gepensioneerden, invaliden en wezen en de personen te hunnen laste, wier inkomen niet hoger ligt dan de in het koninklijk besluit van 1 april 1981 vastgestelde bedragen.

Daarenboven is door alle rechthebbenden een persoonlijk aandeel van 25 % verschuldigd op de bedragen die zijn vermeld in artikel 4.

Art. 9. § 1. Ingeval de in deze overeenkomst vastgestelde honoraria worden overschreden, is de verpleegkundige op beslissing van de Overeenkomstencommissie ertoe gehouden aan het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, bij wijze van strafbedingen, een vergoeding te storten, gelijk aan drie keer het bedrag van die overschrijding, met een minimum van 123,95 €

§ 2. Ingeval de Overeenkomstencommissie vaststelt dat de daggrensbedragen, de beperkingen of de door de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen verboden cumulaties niet worden nageleefd, kan de Commissie sancties uitspreken die bestaan in de uitsluiting, voor een door de Overeenkomstencommissie bepaalde periode, van de verpleegkundige uit de overeenkomst. Bij herhaling kan de Overeenkomstencommissie de definitieve uitsluiting van de verpleegkundige uit de overeenkomst uitspreken.

§ 3. In geval van een andere inbreuk dan de in §§ 1 en 2 bepaalde inbreuken, zijn de partijen bij deze overeenkomst ertoe gehouden, op beslissing van de Overeenkomstencommissie, hetzij aan het RIZIV indien het gaat om de verpleegkundigen die tot deze overeenkomst is toegetreten, hetzij aan die zorgverlener indien het om een verzekeringsinstelling gaat, bij wijze van strafbedingen, de volgende vergoedingen te storten:

1. 1,24 € per inbreuk op de verstrekkingen waarvan de tegemoetkoming tegen het tarief gewone rechthebbende/tot de overeenkomst toegetreten zorgverlener niet meer dan 2,48 € bedraagt;
2. 2,48 € per inbreuk op de verstrekkingen waarvan de tegemoetkoming tegen het tarief gewone rechthebbende/tot de overeenkomst toegetreten zorgverlener gaat van 2,50 € tot 4,96 €;
3. 4,96 € per inbreuk op de verstrekkingen waarvan de tegemoetkoming tegen het tarief gewone rechthebbende/tot de overeenkomst toegetreten zorgverlener gaat van 4,98 € tot 9,92 €;
4. 9,92 € per inbreuk op de verstrekkingen waarvan de tegemoetkoming tegen het tarief gewone rechthebbende/tot de overeenkomst toegetreten zorgverlener gaat van 9,94 € à 19,84 €;
5. 19,84 € per inbreuk op de verstrekkingen waarvan de tegemoetkoming tegen het tarief gewone rechthebbende/tot de overeenkomst toegetreten zorgverlener meer dan 19,84 € bedraagt;
6. twee derden van het bedrag toegekend voor de verplaatsingskosten bedoeld in artikel 4, §§ 1 en 2 van deze overeenkomst.

§ 3bis. De bovenvermelde vergoedingen zijn te betalen binnen drie maanden nadat de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV de kennisgeving heeft opgestuurd. In behartigenswaardige gevallen kan de Dienst een spreiding van de betalingen toestaan op basis van een omstandig gemotiveerd verzoek van de zorgverlener.

§ 4. Bovendien kan de Overeenkomstencommissie, als straf, een in artikel 1 bedoelde verpleegkundige van de derdebetalersregeling uitsluiten gedurende een tijdvak van één maand tot één jaar. In geval van recidieve binnen een termijn van 5 jaar kan die uitsluiting definitief zijn.

§ 5. In geval van vermoeden van onregelmatigheden of van misbruik bij de toepassing van de derdebetalersregeling door een in artikel 1 bedoelde verpleegkundige, mogen de verzekeringsinstellingen conservatoir elke betaling aan die in artikel 1 bedoelde verpleegkundige gedurende een tijdvak van maximum drie maanden schorsen, op voorwaarde dat ze tegelijkertijd de Overeenkomstencommissie en de betrokken in artikel 1 bedoelde verpleegkundige daarover inlichten.

De Overeenkomstencommissie vergadert binnen 30 dagen na ontvangst van het bericht om de tenlasteleggingen ten aanzien van de verpleegkundige te onderzoeken. Ze spreekt zich uit over de handhaving of de opheffing van de schorsing van de betalingen. Daarenboven kan ze in voorkomend geval de in de §§ 1 tot 3 hiervoren bepaalde maatregelen nemen.

Art. 10. De begrotingsdoelstelling voor de verstrekkingen uit artikel 8 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen wordt vastgesteld op grond van de terzake geldende wets- en verordeningbepalingen.

Overeenkomstig de bepalingen van artikel 51, § 2, van de voorvermelde wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, verbinden de overeenkomstsluitende partijen zich ertoe, zodra een beduidende overschrijding of een risico op een beduidende overschrijding van de jaarlijkse partiële begrotingsdoelstelling wordt vastgesteld, correctiemaatregelen toe te passen, en zulks in functie van de overschrijding; voor de verstrekkingen of de groepen van verstrekkingen die de oorzaak zijn van de beduidende overschrijding of van het risico op een beduidende overschrijding, is de correctie evenredig met het bedrag van de overschrijding of van het risico op overschrijding. Deze correctiemaatregelen zijn de volgende :

- ✚ invoering van bijkomende voorwaarden om de forfaits te mogen attesteren;
- ✚ beperking van de frequentie van het attesteren van toiletten naar gelang van de afhankelijkheidsgraad van de patiënt;
- ✚ bijkomende voorwaarde, gekoppeld aan de afhankelijkheidsgraad van de patiënt om het bijkomend honorarium voor toilet te mogen attesteren tijdens het weekeind of op een feestdag;
- ✚ schrapping van de honoraria voor de toiletten tijdens het weekeind;
- ✚ lineaire vermindering van de honoraria indien de besparingen, verkregen met de andere maatregelen, uitgeput zijn.

Bovendien wordt voor de forfaits A en B het gemiddeld aantal bezoeken per patiënt en per verzorgingsdag geraamd op grond van de volgende gemiddelden :

- ✚ voor het forfait A : gemiddeld 1,15 bezoeken per verzorgingsdag;
- ✚ voor het forfait B : gemiddeld 1,40 bezoeken per verzorgingsdag.

Het gemiddeld aantal bezoeken wordt berekend op alle patiënten samen (alle rechthebbenden voor wie forfaits worden aangerekend onder hetzelfde "derdebetalersregeling"-nummer en per tijdvak van één maand.

De overeenkomstsluitende partijen verbinden zich ertoe alle nodige maatregelen te treffen om te waarborgen dat de aanrekening van de forfaits overeenstemt met een minimum gemiddeld aantal bezoeken.

De begrotingsdoelstelling houdt geen rekening met het bedrag dat betrekking heeft op de transfer van bevoegdheden van de Sociale werken van de Nationale maatschappij der

Belgische spoorwegen; bijgevolg moeten de begrotingsdoelstellingen worden geraamd zonder dat met die transfer rekening wordt gehouden.

Ingeval de correctiemechanismen ontoereikend zijn of niet in werking worden gesteld, of indien de correctie maatregelen niet tijdig worden genomen of ontoereikend zijn, is voorzien in een automatische en onmiddellijk toepasselijke vermindering van de honoraria, prijzen of andere bedragen of van de vergoedingstarieven ingeval van beduidende overschrijding of risico op beduidende overschrijding van de partiële jaarlijkse begrotingsdoelstelling volgens de regels bepaald in artikel 51, § 2, vijfde tot zevende lid, van de voornoemde wet van 14 juli 1994.

De toepassing van de automatische vermindering, vermeld in het vorige lid, kan noch door één van de partijen die de overeenkomst heeft gesloten, noch door de individuele verstrekker die er is tot toetreden, worden aangevoerd om deze overeenkomst of die toetreding op te zeggen.

Art. 10bis Zorgtrajecten

Op 1 april 2009 treedt het koninklijk besluit van 21 januari 2009 tot uitvoering van artikel 36 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat betreft de zorgtrajecten in werking.

Vanwege de belangrijke rol die de thuisverpleegkundige kan hebben in deze zorgtrajecten worden de volgende maatregelen genomen bij wijze van experiment.

1. Een verzekeringstegemoetkoming wordt toegekend voor specifieke verstrekkingen inzake educatie tot zelfzorg van de diabetespatiënt die worden verleend door thuisverpleegkundigen in de context van de zorgtrajecten.

2. Deze specifieke verstrekkingen zijn:

Opstarteducatie en instelling op insuline of incretinemimetica
Opvolgeducatie van de patiënt op insuline of incretinemimetica
Extra educatie bij problemen

3. Deze verstrekkingen kunnen verleend worden bij de patiënten omschreven in art. 3, 1° van bovenvermeld besluit, die ten laste zijn genomen in een zorgtraject

4. Algemene regels inzake de verstrekkingen:

Deze verstrekkingen worden voorgeschreven door de huisarts van het zorgtraject of door een andere huisarts die toegang heeft tot het globaal medisch dossier van de rechthebbende die de specifieke doelstellingen van de educatie nader kan bepalen.

Elke verstrekking omvat een half uur individuele educatie. Ten hoogste 3 verstrekkingen kunnen tijdens dezelfde verzorgingszitting worden verleend.

Per patiënt mag de "opstarteducatie" maximaal 10 keer, de "opvolgeducatie van de patiënt" maximaal 2 keer per kalenderjaar en de "extra educatie bij problemen" maximaal 4 keer per kalenderjaar geattesteerd worden, waarbij de verstrekkingen in dit artikel en hun equivalenten in de revalidatienomenclatuur (KB van 10 januari 1991) worden samengeteld om te oordelen of deze maxima zijn bereikt.

De verstrekkingen "opvolgeducatie van de patiënt op insuline of incretinemimetica" en "extra educatie bij problemen" kunnen niet tijdens dezelfde verzorgingsdag worden verleend.

Deze verstrekkingen worden verleend bij de patiënt thuis of uitzonderlijk in een regiohuis van een gefinancierd lokaal multidisciplinair netwerk of op vraag van de huisarts in een huisartsenpraktijk.

De verleende verstrekkingen worden vermeld in het verpleegdossier waarin ook de kopie van de verslagen worden opgenomen.

Het honorarium voor elke verstrekking bedraagt 20 euro.

De verzekeringstegemoetkoming bedraagt 100% van de bovenvermelde honoraria.

De derdebetalersregeling kan toegepast worden voor deze verstrekkingen.

De bovenstaande specifieke verstrekkingen kunnen niet vergoed worden tijdens de periode waarin een patiënt in een geconventioneerd diabetescentrum, een programma voor diabeteszelfregulatie geniet dat de educatie van de diabetespatiënt omvat.

Voor de patiënten die opgenomen zijn in een zorgtraject kunnen de verstrekkingen aan diabetespatiënten omschreven in artikel 8, §1, 1° , VI en 2° , VI, van de nomenclatuur niet worden geattesteerd.

5. Nadere regels omtrent de verstrekking “opstarteducatie en instelling op insuline of incretinemimetica”:

De verstrekking “opstarteducatie en instelling op insuline of incretinemimetica” kan slechts voorgeschreven worden voor een rechthebbende die een programma zelfregulatie diabetes met een regelmatige glycemiecontrole opstart.

De verstrekking “opstarteducatie en instelling of incretinemimetica” kan niet worden geattesteerd voor patiënten die reeds een diabeteseducatie tot zelfzorg hebben gekregen, die vergoed is door de verplichte ziekteverzekering.

De verstrekking “opstarteducatie en instelling op insuline of incretinemimetica” wordt de eerste 5 keer globaal voorgeschreven door de huisarts van het zorgtraject of door een andere huisarts die toegang heeft tot het globaal medisch dossier van de rechthebbende. Voor de bijkomende verstrekkingen is een nieuw voorschrift vereist waarop het aantal verstrekkingen is vermeld, nadat de huisarts kennis heeft genomen van het verslag van de eerste 5 verstrekkingen. Deze verstrekking kan ten hoogste 10 keer per patiënt worden geattesteerd.

Er kunnen geen verstrekkingen “opstarteducatie” meer worden verleend een jaar na de eerste “opstarteducatie” of wanneer een verstrekking “opvolgeducatie” of “educatie bij problemen” is verleend.

Het resultaat van de eerste groep van 5 verstrekkingen “opstarteducatie en instelling op insuline of incretinemimetica” alsook het resultaat van elke groep van verstrekkingen die gebaseerd zijn op een medisch voorschrift worden aan de huisarts van het zorgtraject bezorgd.

De verstrekking “opstarteducatie en instelling op insuline of incretinemimetica” wordt geattesteerd met de pseudocode 423813.

6. Nadere regels omtrent de verstrekking “opvolgeducatie van de patiënt op insuline of incretinemimetica”:

De verstrekking “opvolgeducatie van de patiënt op insuline of incretinemimetica” wordt voorgeschreven door de huisarts van het zorgtraject of door een andere huisarts die toegang heeft tot het globaal medisch dossier van de rechthebbende. Het voorschrift vermeldt het aantal verstrekkingen (1 of 2). De verstrekking kan per patiënt maximaal 2 keer per kalenderjaar worden geattesteerd.

Deze verstrekking kan pas verleend worden vanaf het kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarin de eerste verstrekking “opstarteducatie en instelling op insuline of incretinemimetica” of een diabeteseducatie tot zelfzorg, die vergoed is door de verplichte ziekteverzekering werd verleend. Een uitzondering wordt gemaakt voor patiënten die starten met zelfregulatie in het kader van een diabetesconventiecentrum maar die in hetzelfde kalenderjaar nog een zorgtrajectcontract afsluiten. Voor hen kan deze verstrekking reeds in hetzelfde kalenderjaar gegeven worden.

Een jaarlijks verslag wordt aan de huisarts van het zorgtraject bezorgd in de jaren waarin een verstrekking “opvolgeducatie van de patiënt op insuline of incretinemimetica” is verleend.

De verstrekking “opvolgeducatie van de patiënt op insuline of incretinemimetica” wordt geattesteerd met de pseudocode 423835.

7. Nadere regels omtrent de verstrekking “extra educatie bij problemen”:

De verstrekking “extra educatie bij problemen” wordt per verstrekking voorgeschreven door de huisarts van het zorgtraject of door een andere huisarts die toegang heeft tot het globaal medisch dossier van de rechthebbende. Deze verstrekking kan per patiënt maximaal 4 keer per kalenderjaar worden geattesteerd.

Deze verstrekking kan pas verleend worden vanaf het kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarin de eerste verstrekking “opstarteducatie en instelling op insuline of incretinemimetica” of een diabeteseducatie tot zelfzorg, die vergoed is door de verplichte ziekteverzekering werd verleend. Een uitzondering wordt gemaakt voor patiënten die starten met zelfregulatie in het kader van een diabetesconventiecentrum maar die in hetzelfde kalenderjaar nog een zorgtrajectcontract afsluiten. Voor hen kan deze verstrekking reeds in hetzelfde kalenderjaar gegeven worden.

Een jaarlijks verslag wordt aan de huisarts van het zorgtraject bezorgd in de jaren waarin een verstrekking “extra educatie bij problemen” is verleend.

De verstrekking “extra educatie bij problemen” wordt geattesteerd met de pseudocode 423850.

8. Deze verstrekkingen kunnen enkel geattesteerd worden door verpleegkundigen die een specifiek registratienummer hebben gekregen van het RIZIV.

Het specifiek registratienummer wordt toegekend door het RIZIV na een schriftelijke aanvraag door de verpleegkundige. Deze aanvraag omvat de vereiste attesten inzake de opleidingsvoorwaarden. Deze aanvraag wordt gericht aan het RIZIV, Dienst voor geneeskundige verzorging, directie individuele dossiers – sectie verpleegkundigen, Tervurenlaan 211, 1150 Brussel.

9. Specifiek registratienummer:

Om het specifiek registratienummer te kunnen ontvangen moet de verpleegkundige aan de volgende criteria voldoen:

- de bekwaming hebben van gegradueerde verpleegkundige of met deze gelijkgestelde, vroedvrouw of verpleegkundige met brevet
- een aanvullende opleiding diabetes van 150 uren of van ten minste 20 studiepunten, waarvan ten minste 100 effectieve uren theoretisch onderwijs, genoten hebben die bekroond werd met een getuigschrift uitgereikt door een opleidingsinstituut erkend door het departement dat onderwijs tot zijn bevoegdheid heeft.

Elders “verworven competenties en/of kwalificaties” kunnen ingebracht worden, op voorwaarde van validering door een bovenvermeld opleidingsinstituut.

10. Overgangsbepaling:

In de overgangperiode tot 30/9/2011 kan een referentieverpleegkundige in de diabetologie, die ten laatste op 30/09/2009 werd geregistreerd en die zich ingeschreven heeft in een bovenvermeld opleidingsinstituut voor een aanvullende vorming diabetes van ten minste 60 uren of van ten minste 7 studiepunten waarvan ten minste 40 effectieve uren theoretisch onderwijs, een voorlopig specifiek registratienummer krijgen.

De 40 uren vorming of 4 studiepunten die de verpleegkundige heeft gevolgd om te worden geregistreerd als referentieverpleegkundige in de diabetologie tellen niet mee voor bovenvermelde 60 uren vorming of 7 studiepunten.

Omdat dit overgangsprogramma een tijdelijk minimumpakket is worden hierop geen credits toegestaan voor elders “verworven competenties en/of kwalificaties”.

Om dit voorlopig specifiek registratienummer te krijgen bezorgt de verpleegkundige aan het RIZIV een verklaring op eer alsook de bewijsstukken van de inschrijving.

Op het einde van de overgangperiode, namelijk 30/9/2011 kunnen zich voor de verpleegkundigen met een voorlopig specifiek registratienummer drie situaties voordoen:

- de verpleegkundige voldoet aan de voorwaarden voor een definitief specifiek registratienummer en krijgt dit mits hij de aanvraag met de attesten heeft opgestuurd, zoals omschreven in punt 8.
- de verpleegkundige heeft de bovenvermelde aanvullende vorming diabetes met vrucht gevolgd en behoudt zijn voorlopig specifiek registratienummer. Daartoe stuurt hij de bewijsstukken van de gevolgde uren naar het RIZIV, Dienst voor geneeskundige verzorging, directie individuele dossiers – sectie verpleegkundigen, Tervurenlaan 211, 1150 Brussel. Voor 31/08/2013, het einde van de initiële duurtijd van vier jaar van de zorgtrajecten diabetes zal de Overeenkomstencommissie verpleegkundigenverzekeringsinstellingen op basis van de evaluatie van de zorgtrajecten opgevolgd door het begeleidingscomité daartoe ingesteld door het Verzekeringscomité, beslissen (bindend advies) of de opleidingsvoorwaarden voor het toekennen van een definitief specifiek registratienummer vervuld zijn. Indien deze voorwaarden vervuld zijn zal de verpleegkundige een definitief specifiek registratienummer krijgen, zoniet verliest hij zijn voorlopig specifiek registratienummer. Het voorlopig specifiek registratienummer blijft geldig tot de inwerkingtreding van deze beslissing.
- de verpleegkundige heeft bovenvermelde aanvullende vorming niet met vrucht gevolgd en verliest zijn voorlopig specifiek registratienummer.

11. Voorwaarden voor het behouden van het specifieke registratienummer:

De verpleegkundige met het definitieve specifieke registratienummer (zie punt 9) verbindt zich ertoe om jaarlijks een permanente vorming van 15 uur te volgen.

De verpleegkundige houdt de bewijsstukken van deze permanente vorming gedurende 3 jaar ter beschikking voor controle.

Voor het einde van de initiële duurtijd van vier jaar van de zorgtrajecten diabetes, namelijk 31/08/2013, zal de Overeenkomstencommissie verpleegkundigen – verzekeringsinstellingen, op basis van de evaluatie van de zorgtrajecten opgevolgd door het begeleidingscomité daartoe ingesteld door het Verzekeringscomité, zich uitspreken over de minimale activiteitsgrens die aan de bovenvermelde specifieke activiteiten moet worden besteed.

12. Samenwerking met andere partners:

De verpleegkundige werkt samen met alle zorgverleners die deelnemen aan de zorg voor de diabetespatiënt: de huisarts en de geneesheer-specialist die het contract van het zorgtraject hebben afgesloten met de patiënt, de leveranciers van het materiaal en de paramedici.

De verpleegkundige sluit een samenwerkingsovereenkomst met een diabetesconventiecentrum.

13. Het Verzekeringscomité kan, na advies van de Overeenkomstencommissie verpleegkundigen-verzekeringsinstellingen, richtlijnen uitvaardigen omtrent de inhoud van de educatie, de verslagen in verband met de educaties en het verpleegkundig dossier.

14. Deze maatregelen zullen bij wijze van experiment worden uitgevoerd gedurende de periode van de datum van de inwerkingtreding van deze wijzigingsclausule tot de invoering van de educatie van diabetespatiënten door verpleegkundigen in de context van zorgtrajecten in artikel 8 van de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen.

Art. 11. Aan iedere verpleegkundige wordt een inschrijvingsnummer toegewezen. Hij is ertoe gehouden dat nummer te vermelden op alle bescheiden die bestemd zijn voor de rechthebbenden en voor de verzekeringsinstellingen. De verpleegkundige die tot de overeenkomst toetreedt, vermeldt vóór zijn nummer het cijfer 1.

Art. 12. Deze overeenkomst heeft op zijn vroegst uitwerking op 1 januari 1997. Zij geldt tot 31 december 1998.

Ze wordt stilzwijgend verlengd van jaar tot jaar, behoudens opzegging vóór 1 oktober met een ter post aangetekende brief, geadresseerd aan de Dienst voor Geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering.

Die opzegging mag worden gedaan :

- 1) ofwel door ten minste drie vierde van de leden van een van de twee groepen die vertegenwoordigd zijn in de Overeenkomstencommissie, en in dat geval heeft ze tot gevolg dat de overeenkomst vervalt vanaf 1 januari na de opzegging;
- 2) ofwel door iedere persoon die tot de overeenkomst is toegetreden, en in dat geval heeft ze tot gevolg dat de toetreding van die persoon vervalt vanaf 1 januari na de opzegging.

Bovendien heeft de individuele toetreding tot deze overeenkomst onmiddellijk uitwerking en geldt ze voor de duur van de overeenkomst. De verpleegkundigen die tot de vorige overeenkomst zijn toegetreden, worden, behoudens andersluidende wilsuiting binnen dertig dagen na de verzending van deze overeenkomst door de Dienst voor Geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, geacht hun toetreding tot deze overeenkomst te handhaven.

Opgemaakt te Brussel op

Voor de verzekeringsinstellingen,

Voor de beroepsorganisaties van de
verpleegkundigen,