

- Wijzigen
- Invoegen
- Verwijderen

Artikel 8 – VERPLEEGKUNDIGEN

"§ 4. Nadere bepalingen inzake de in rubriek I van § 1, 1°, 2°, 3°, 3°*bis* en 4° bedoelde verstrekkingen :

...

"2° De minimale inhoud van het verpleegdossier omvat tenminste :

- de identificatiegegevens van de rechthebbende;
- de evaluatieschaal bedoeld in § 5, voor zover de nomenclatuur zulks vereist;
- de inhoud van het voorschrift als bedoeld in § 2 (kopie van het voorschrift of omschrijving als het om een geautomatiseerd dossier gaat), voor zover de nomenclatuur zulks vereist;
- de identificatiegegevens van de voorschrijver, voor zover de nomenclatuur zulks vereist;
- alle verpleegkundige zorgen die over elke verzorgingsdag verleend worden;"
- "- de identificatie van de beoefenaars van de verpleegkunde die deze verzorging hebben verleend;"
- "- de vermelding inzake continëntie bedoeld in § 6, 4°, voor zover de nomenclatuur zulks vereist."

- de identificatiegegevens van de delegerende verpleegkundige in het geval dat een zorgkundige verpleegkundige activiteiten, toevertrouwd door een verpleegkundige, uitvoert.

...

"§ 5. Nadere bepalingen inzake de forfaitaire honoraria bedoeld in rubriek II van § 1, 1°, 2°, 3° en 3°*bis* en in rubriek IV van § 1, 1° en 2°:"

...

"3° De forfaitaire honoraria bedoeld in rubriek II van § 1, 1°, 2°, 3° en 3°*bis*, en in rubriek IV van § 1, 1° en 2° mogen slechts worden aangerekend mits aan volgende voorwaarden wordt voldaan :"

...

~~"d) opdat het forfait C of PC mag worden aangerekend, moeten er ten minste twee bezoeken per verzorgingsdag zijn;"~~

d) opdat het forfait C of PC mag worden aangerekend, moeten er ten minste twee bezoeken per verzorgingsdag zijn, met uitzondering van de dag van opname in een verzorgingsinstelling of het overlijden van de patiënt; op die dag moet minstens 1 bezoek plaatsvinden.

"4° Het forfaitair honorarium bedoeld in rubriek II van § 1, 1°, 2°, 3° en 3°*bis* wordt geattesteerd door de beoefenaar van de verpleegkunde die de eerste verstrekking van de verzorgingsdag verleent."

~~"Het forfaitair honorarium bedoeld in rubriek IV van § 1, 1° en 2° wordt, indien het eerste bezoek niet door de gegradueerde verpleegkundige of met deze gelijkgestelde, de vroedvrouw of de verpleegkundige met brevet werd uitgevoerd, geattesteerd door de gegradueerde verpleegkundige of met deze gelijkgestelde, de vroedvrouw of de verpleegkundige met brevet die effectief zorg heeft verleend gedurende een van de verzorgingszittingen tijdens dezelfde verzorgingsdag."~~

§ 5bis. Nadere bijkomende bepalingen inzake de honoraria bedoeld in rubriek IV en V van § 1, 1° en 2° :

1° Onder "palliatieve patiënt" in de zin van dit artikel moet worden verstaan de rechthebbende aan wie de forfaitaire tegemoetkoming, bedoeld in artikel 2 van het koninklijk besluit van 2 december 1999 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor geneesmiddelen, verzorgingsmiddelen en hulpmiddelen voor palliatieve thuispatiënten, bedoeld in artikel 34, 14°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 werd toegekend."

~~"2° De verstrekkingen 427011, 427092, 427033, 427114, 427055, 427136, 427173, 427195, 427070 en 427151 mogen slechts éénmaal per verzorgingsdag geattesteerd worden door een gegradueerde verpleegkundige of met deze gelijkgestelde, een vroedvrouw of een verpleegkundige met brevet, en enkel voor de dagen dat er effectief verpleegkundige zorg werd verleend en op voorwaarde dat deze gegradueerde verpleegkundige of met deze gelijkgestelde, deze vroedvrouw of deze verpleegkundige met brevet effectief zorg heeft verleend gedurende een van de verzorgingszittingen tijdens dezelfde verzorgingsdag."~~

2° De verstrekkingen 427011, 427092, 427033, 427114, 427055, 427136, 427173, 427195, 427070 en 427151 mogen slechts éénmaal per verzorgingsdag geattesteerd worden door een gegradueerde verpleegkundige of met deze gelijkgestelde, een vroedvrouw of een verpleegkundige met brevet, en enkel voor de dagen dat er effectief verpleegkundige zorg werd verleend en op voorwaarde dat deze gegradueerde verpleegkundige of met deze gelijkgestelde, deze vroedvrouw of deze verpleegkundige met brevet effectief zorg heeft verleend gedurende een van de verzorgingszittingen tijdens dezelfde verzorgingsdag. 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 ziekenhuisassistent of een verpleegassistent.

...

~~6° Het forfaitair honorarium PC mag slechts worden aangerekend op dagen dat er ten minste twee bezoeken plaatsvinden."~~

6° Het forfaitair honorarium PC mag slechts worden aangerekend op dagen dat er ten minste twee bezoeken plaatsvinden, met uitzondering van de dag van opname in een verzorgingsinstelling of het overlijden van de patiënt; op die dag moet minstens 1 bezoek plaatsvinden.

...

~~"§ 12 Nadere bepalingen over de verstrekkingen waarbij een zorgkundige verpleegkundige activiteiten, toevertrouwd door een verpleegkundige, uitvoert:~~

1° Zonder afbreuk te doen aan de bepalingen in de overige paragrafen van dit artikel, wordt een verzekeringstegemoetkoming toegekend voor verstrekkingen omschreven in dit artikel waarbij een zorgkundige verpleegkundige activiteiten, toevertrouwd door een verpleegkundige, uitvoert onder de voorwaarden vermeld in deze paragraaf. Met "zorgkundige" wordt de persoon bedoeld in artikel 21 sexiesdecies van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967. De betrokken "verpleegkundige activiteiten" zijn vastgelegd in het KB 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. Indien aan de voorwaarden van deze paragraaf niet wordt voldaan is er geen verzekeringstegemoetkoming.

2° Deze verstrekkingen moeten verleend worden binnen een structurele equipe. Deze equipe moet bestaan uit minstens 4 verpleegkundigen die elk toegetreden zijn tot de nationale overeenkomst en de verpleegkunde in de hoofdberoep uitoefenen. Deze equipe gebruikt hetzelfde groepsnummer derdebetalersregeling.

Daarnaast moet die equipe tijdens een periode van 6 maanden voorafgaand aan de maand waarin een geattesteerde verstrekking werd verleend door een zorgkundige, elke maand van die periode minstens 4 verpleegkundigen omvatten die voor die maand gezamenlijk minstens 4 000 W-waarden aan verstrekkingen uit artikel 8 geattesteerd hebben.

"De periode van activiteit van 6 maanden, zoals beschreven in het vorige lid, is in de volgende gevallen niet vereist voor een nieuwe structurele equipe:

- In geval van een fusie van verschillende structurele equipes indien elk van de structurele equipes die fusioneren reeds voldoen aan de voorwaarden voor de integratie van zorgkundigen;

- In geval van splitsing van een structurele equipe indien de structurele equipe die als gevolg van de splitsing ontstaat aan de voorwaarden voor de integratie van zorgkundigen voldoet."

"Het moet telkens gaan over verpleegkundigen die daadwerkelijk hebben meegewerkt aan een aspect van de zorg van de patiënten, met uitsluiting van administratieve of coördinerende aspecten. Bij bovenstaande activiteitsvoorwaarde tellen de verstrekkingen waarbij zorgkundigen de verzorging geheel of gedeeltelijk hebben uitgevoerd, niet mee.

De structurele equipe moet interne afspraken gemaakt hebben over de praktische modaliteiten van de delegatie van verpleegkundige activiteiten aan zorgkundigen en de samenwerking tussen de leden van de equipe. Deze interne afspraken moeten beantwoorden aan een richtlijn die door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging wordt vastgelegd. De naleving van deze afspraken is een voorwaarde voor de verzekeringstegemoetkoming.

De structurele equipe moet een verklaring op erewoord indienen bij het RIZIV conform een richtlijn vastgelegd door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, met daarin ten minste de gegevens die toelaten de equipe te identificeren."

3° Maximum 25% van de geattesteerde basisverstrekkingen, zowel binnen als buiten de forfaitaire honoraria, die in een gegeven kalendermaand worden verleend door een gestructureerde equipe kunnen door zorgkundigen worden uitgevoerd.

4° Zorgkundigen kunnen geen handelingen uitvoeren binnen het kader van de honoraria bedoeld in rubriek IV en V van § 1, 1° en 2°.

~~5° In het kader van de delegatie, vastgesteld in 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, leggen de verpleegkundigen controlebezoeken af. Tijdens dat controlebezoek wordt bekeken of deze delegatie correct verloopt. Tijdens het controlebezoek moet de verpleegkundige zelf de verzorging nodig tijdens dit bezoek verlenen, eventueel in aanwezigheid van de zorgkundige. De verzorging van de patiënt mag enkel over verschillende verzorgingszittingen gespreid worden om medische redenen, vermeld op het voorschrift.~~

~~Het minimum aantal controlebezoeken is vastgelegd op één keer per maand bij elke patiënt waar een zorgkundige verpleegkundige activiteiten verleend, behalve :~~

~~a) in het kader van de forfaitaire honoraria, forfaits A genoemd, moet minstens twee keer per maand een controlebezoek worden afgelegd;~~

~~b) in het kader van de forfaitaire honoraria, forfaits B genoemd, moet minstens vier keer per maand een controlebezoek worden afgelegd;~~

~~c) in het kader van de forfaitaire honoraria, forfaits C genoemd, moet minstens een dagelijks controlebezoek worden afgelegd.~~

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

~~6° De delegerende verpleegkundige kan de activiteit van de zorgkundige in eigen naam attesteren door middel van de betrokken nomenclatuurcodes in § 1, mits identificatie van de zorgkundige door middel van het RIZIV-nr. van de verstrekker en de verleende verstrekkingen door die zorgkundige op het getuigschrift voor verstrekte hulp of gelijkwaardig document. Het honorarium dekt die activiteit, alsook alle aspecten van controle en toezicht, vastgesteld in het koninklijk besluit van 12 januari 2006."~~

§ 12 Nadere bepalingen over de verstrekkingen waarbij een zorgkundige verpleegkundige activiteiten, toevertrouwd door een verpleegkundige, uitvoert :

1° Zonder afbreuk te doen aan de bepalingen in de overige paragrafen van dit artikel, wordt een verzekeringstegemoetkoming toegekend voor verstrekkingen omschreven in dit artikel waarbij een zorgkundige verpleegkundige activiteiten, toevertrouwd door een verpleegkundige, uitvoert onder de voorwaarden vermeld in deze paragraaf. Met "zorgkundige" wordt de persoon bedoeld in artikel 59 van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen. De betrokken "verpleegkundige activiteiten" zijn vastgelegd in het KB 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. Indien aan de voorwaarden van deze paragraaf niet wordt voldaan, is er geen verzekeringstegemoetkoming.

2° Deze verstrekkingen moeten verleend worden binnen een structurele equipe. Deze equipe moet bestaan uit minstens 3 verpleegkundigen die elk toetreden zijn tot de nationale overeenkomst en de verpleegkunde in de hoofdberoep uitoefenen. De verpleegkundigen die deel uitmaken van de structurele equipe werken mee aan een aspect van de zorg van de patiënten, met uitsluiting van administratieve of coördinerende aspecten. Deze equipe gebruikt hetzelfde groepsnummer derdebetalersregeling.

Het is de verantwoordelijkheid van de structurele equipe om aan te tonen dat de vijf criteria zoals omschreven in art. 3, § 1 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, voldaan zijn.

Daarnaast moet die equipe tijdens een periode van 6 maanden voorafgaand aan de maand waarin een geattesteerde verstrekking werd verleend door een zorgkundige, elke maand van die periode minstens 3 verpleegkundigen omvatten die voor die maand gezamenlijk minstens 3 000 W-waarden aan verstrekkingen uit artikel 8 geattesteerd hebben.

De periode van activiteit van 6 maanden, zoals beschreven in het vorige lid, is in de volgende gevallen niet vereist voor een nieuwe structurele equipe:

- In geval van een fusie van verschillende structurele equipes indien elk van de structurele equipes die fusioneren reeds voldoet aan de voorwaarden voor de integratie van zorgkundigen;

- In geval van splitsing van een structurele equipe indien de structurele equipe die als gevolg van de splitsing ontstaat aan de voorwaarden voor de integratie van zorgkundigen voldoet.

Bij bovenstaande activiteitsvoorwaarde tellen de verstrekkingen waarbij zorgkundigen de verzorging geheel of gedeeltelijk hebben uitgevoerd, niet mee.

De structurele equipe moet interne afspraken gemaakt hebben over de praktische modaliteiten van de delegatie van verpleegkundige activiteiten aan zorgkundigen en de samenwerking tussen de leden van de equipe. Deze interne afspraken moeten beantwoorden aan een richtlijn die door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging wordt vastgelegd. De naleving van deze afspraken is een voorwaarde voor de verzekeringstegemoetkoming.

De structurele equipe moet een verklaring op erewoord indienen bij het RIZIV conform een richtlijn vastgelegd door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, met daarin ten minste de gegevens die toelaten de equipe te identificeren.

3° Indien er meer dan 40% van de geattesteerde 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 Dienst voor Geneeskundige controle en evaluatie van het RIZIV om de redenen van overschrijding op te vragen en verder te onderzoeken. 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 het gestructureerde equipe wordt verleend. In het geval van een overschrijding moeten de vijf criteria, zoals vermeld in het eerste lid van § 12, 2° van dit artikel, nog steeds zijn voldaan.

4° Het delegatieproces moet verlopen zoals vastgesteld in 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. In dit kader stelt de delegerende verpleegkundige, na een bezoek aan de patiënt, vast of de zorgen gedelegeerd kunnen worden aan een zorgkundige en leggen de controlerende verpleegkundigen controlebezoeken af. Tijdens dat controlebezoek wordt bekeken of deze delegatie correct verloopt. Tijdens het controlebezoek moet de verpleegkundige zelf de verzorging nodig tijdens dit bezoek verlenen, eventueel in aanwezigheid van de zorgkundige. De verpleegkundige die de zorgen attesteert, werkt mee aan een aspect van de zorg van de patiënten, met uitsluiting van administratieve of coördinerende aspecten. De verzorging van de patiënt mag enkel over verschillende verzorgingszittingen gespreid worden om medische redenen, vermeld op het voorschrift, of in het geval van delegatie naar een zorgkundige.

Het minimum aantal controlebezoeken is vastgelegd op één keer per maand bij elke patiënt waar een zorgkundige verpleegkundige activiteiten verleend, behalve :

a) in het kader van de forfaitaire honoraria, forfaits A genoemd, moet minstens twee keer per maand een controlebezoek worden afgelegd;

b) in het kader van de forfaitaire honoraria, forfaits B genoemd, moet minstens vier keer per maand een controlebezoek worden afgelegd;

c) in het kader van de forfaitaire honoraria, forfaits C genoemd, en de honoraria bedoeld in rubriek IV en V van § 1, 1° en 2° moet minstens een dagelijks controlebezoek worden afgelegd. 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 moeten gemotiveerd worden in een verpleegdossier.

5° De delegerende verpleegkundige kan de activiteit van de zorgkundige in eigen naam attesteren door middel van de betrokken nomenclatuurcodes in § 1, mits identificatie van de zorgkundige door middel van het RIZIV-nr. van de verstrekker en de verleende verstrekkingen door die zorgkundige op het getuigschrift voor verstrekte hulp of gelijkwaardig document. Het honorarium dekt die activiteit, alsook alle aspecten van controle en toezicht, vastgesteld in het koninklijk besluit van 12 januari 2006.

"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) + "K.B. 22.11.2013" (in werking 1.1.2014)

"AFDELING 4. - Verzorging verleend door gegradueerde verpleegkundigen of met dezen gelijkgestelden, vroedvrouwen, verpleegkundigen met brevet, verpleegassistenten/ziekenhuisassistenten of met dezen gelijkgestelden."

"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) + "K.B. 12.9.2001" (in werking 1.10.2001) + "K.B. 22.11.2013" (in werking 1.1.2014) + "K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014)

"Art. 8. § 1. De volgende verstrekkingen worden beschouwd als verstrekkingen waarvoor de bekwaming van gegradueerde verpleegkundigen of met dezen gelijkgestelden, vroedvrouwen, verpleegkundigen met brevet, verpleegassistenten / ziekenhuisassistenten of met dezen gelijkgestelden, hierna beoefenaars van de verpleegkunde genoemd (W), vereist is. Voor de specifieke technische verpleegkundige verstrekkingen, bedoeld in rubriek III van § 1, 1°, 2°, 3° en 3°bis is evenwel de bekwaming van gegradueerde verpleegkundige of met deze gelijkgestelde, vroedvrouw of verpleegkundige met brevet vereist."

"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997)

"1° . Verstrekkingen verleend in de woon- of verblijfplaats van de rechthebbende.

I. Verpleegkundige verzorgingszitting.

A. Basisverstrekking.

425014	Eerste basisverstrekking van de verzorgingsdag	W 0,879
425036	Tweede basisverstrekking van de verzorgingsdag	W 0,879
425051	Derde of latere basisverstrekking van de verzorgingsdag	W 0,879

B. Technische verpleegkundige verstrekkingen."

"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) + "K.B. 17.9.2005" (in werking 1.10.2005)

"	425110	Hygiënische verzorging (toiletten)	W 1,167 "
---	--------	------------------------------------	-----------

"K.B. 11.6.2003" (in werking 1.7.2003) + "K.B. 3.8.2007" (in werking 1.10.2007)

"	423054	Toedienen van geneesmiddelen, waaronder de vervanging van het heparineslot, via een directe intraveneuze toedieningsweg of via een eerder geplaatste intraveneuze katheter	W 0,532 "
---	--------	--	-----------

"K.B. 11.6.2003" (in werking 1.7.2003)

"	423076	Toedienen van geneesmiddelen langs intramusculaire, subcutane of hypodermale toedieningsweg	W 0,484 "
---	--------	---	-----------

"K.B. 11.6.2003" (in werking 1.7.2003) + "K.B. 25.4.2004" (in werking 1.6.2004) + "K.B. 3.8.2007" (in werking 1.10.2007)

"	423091	Toedienen van geneesmiddelen langs intramusculaire, subcutane, hypodermale of intraveneuze toedieningsweg in verschillende injectieplaatsen	W 0,508 "
---	--------	---	-----------

"	424255	"K.B. 11.6.2003" (in werking 1.7.2003) + "K.B. 3.10.2022" (in werking 1.12.2022) Toezicht op verband zonder verbandwissel	W 0,746	
"	424270	"K.B. 11.6.2003" (in werking 1.7.2003) Aanbrengen van zalf of van een geneeskrachtig product	W 0,484	
	424292	Aanbrengen van oogdruppels en/of oogzalf in de postoperatieve fase	W 0,484	"
"	424314	"K.B. 11.6.2003" (in werking 1.7.2003) + "K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014) In het kader van compressietherapie : aanbrengen van bandage(s), compressieverband(en)	W 0,484	"
"	424933	"K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014) In het kader van compressietherapie : aandoen en/of uittrekken van kous(en)	W 0,484	"
"	429354	"K.B. 3.10.2022" (in werking 1.12.2022) Verzorging van een geheelde stoma, zonder dat wondzorg noodzakelijk is	W 1,459	"
"	424336	"K.B. 11.6.2003" (in werking 1.7.2003) + "K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014) + "K.B. 3.10.2022" (in werking 1.12.2022) Eenvoudige wondzorg met uitzondering van de verstrekkingen die vallen onder de codenummers 424255, 424270, 424292, 424314, 424933 en 429354.	W 1,459	"
"	424351	"K.B. 11.6.2003" (in werking 1.7.2003) + "K.B. 3.8.2007" (in werking 1.10.2007) + "K.B. 29.4.2009" (in werking 1.7.2009) + "K.B. 3.10.2022" (in werking 1.12.2022) Complexe wondzorg	W 2,203	"
"	429295	"K.B. 3.10.2022" (in werking 1.12.2022) Bijkomende verstrekking indien de complexe wondzorg 30-59 minuten duurt	W 5,216	
	429310	Bijkomende verstrekking indien de complexe wondzorg 60-89 minuten duurt	W 11,477	
	429332	Bijkomende verstrekking indien de complexe wondzorg langer dan 89 minuten duurt	W 18,779	"
"	424395	"K.B. 11.6.2003" (in werking 1.7.2003) + "K.B. 22.11.2013" (in werking 1.1.2014) + "K.B. 3.10.2022" (in werking 1.12.2022) Bezoek van een referentieverpleegkundige wondzorg	W 5,271	"
"	429376	"K.B. 3.10.2022" (in werking 1.12.2022) Aanwezigheid van de vaste verpleegkundige tijdens het bezoek van de referentieverpleegkundige wondzorg	W 0,746	"
	424373	Geschrap door K.B. 3.10.2022 (in werking 1.12.2022)		

"	425176	"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) - blaassondage; - blaasinstillatie; - blaasspoeling	W 0,804	
	425191	- aseptische vulvazorgen; - vagina-irrigatie; - aspiratie luchtwegen	W 0,730	
	425213	- manueel verwijderen van faecalomen; - lavement en/of toediening van medicamenteuze oplossingen via rectale sonde; - gastro-intestinale tubage en drainage; - darmspoeling; - enterale voeding via maagsonde, gastro- of enterostomiesonde	W 0,730	"
"	425736	"K.B. 3.8.2007" (in werking 1.10.2007) Voorbereiding en toediening van medicatie bij chronische psychiatrische patiënten	W 0,180	"
"	424874	"K.B. 27.3.2012" (in werking 1.6.2012) Wekelijkse voorbereiding van de geneesmiddelen per os	W 2,365	"
		"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) "II. Forfaitaire honoraria per verzorgingsdag voor zwaar zorgafhankelijke patiënten."		
"	425272	"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) + "K.B. 13.10.2004" (in werking 1.1.2005) + "K.B. 17.9.2005" (in werking 1.10.2005) Forfaitair honorarium, forfait A genoemd, dat één keer per verzorgingsdag wordt toegekend voor het geheel van de verpleegkundige verzorging, verleend aan de rechthebbende wiens fysieke afhankelijkheidstoestand beantwoordt aan de volgende criteria : - afhankelijk wegens het criterium zich wassen en het criterium zich kleden (score 3 of 4), en - afhankelijk wegens het criterium transfer en verplaatsingen en/of het criterium toiletbezoek (score 3 of 4)	W 3,825	"
"	425294	"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) + "K.B. 13.10.2004" (in werking 1.1.2005) Forfaitair honorarium, forfait B genoemd, dat één keer per verzorgingsdag wordt toegekend voor het geheel van de verpleegkundige verzorging, verleend aan de rechthebbende wiens fysieke afhankelijkheidstoestand beantwoordt aan de volgende criteria : - afhankelijk wegens het criterium zich wassen en het criterium zich kleden (score 3 of 4), en - afhankelijk wegens het criterium transfer en verplaatsingen en het criterium toiletbezoek (score 3 of 4), en - afhankelijkheid wegens het criterium continëntie en/of het criterium eten (score 3 of 4)	W 7,371	"

"	425316	<p><i>"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) + "K.B. 4.6.1998" (in werking 1.7.1998) + "K.B. 9.6.1999" (in werking 1.7.1999) + "K.B. 13.10.2004" (in werking 1.1.2005)</i></p> <p>Forfaitair honorarium, forfait C genoemd, dat één keer per verzorgingsdag wordt toegekend voor het geheel van de verpleegkundige verzorging, verleend aan de rechthebbende wiens fysieke afhankelijkheidstoestand beantwoordt aan de volgende criteria :</p> <ul style="list-style-type: none"> - afhankelijk wegens het criterium zich wassen (score 4) en het criterium zich kleden (score 4) en - afhankelijk wegens het criterium transfer en verplaatsingen (score 4) en om het criterium toiletbezoek (score 4) en - afhankelijkheid wegens het criterium continëntie en het criterium eten (waarvoor één van de twee criteria een score 4 heeft en het andere criterium een score van minimum 3) 	W 10,083	"
		<p><i>"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) + Erratum B.S. 9.3.2005</i></p> <p>"III. Specifieke technische verpleegkundige verstrekkingen."</p>		
"	425375	<p><i>"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) + "K.B. 3.8.2007" (in werking 1.10.2007) + "K.B. 24.4.2012" (in werking 1.7.2012)</i></p> <p>Forfaitair honorarium per verzorgingsdag voor patiënten die verzorging met één of meerdere van de volgende specifieke technische verpleegkundige verstrekkingen vereisen :</p> <ul style="list-style-type: none"> -plaatsen van en/of toezicht op (intraveneuze of subcutane) perfusie; - toediening van en/of toezicht op parenterale voeding; 	W 8,934	"
"	423113	<p><i>"K.B. 11.6.2003" (in werking 1.7.2003) + "K.B. 3.8.2007" (in werking 1.10.2007)</i></p> <p>Plaatsing van een verblijfskatheter of van specifiek materiaal dat de toediening van een geneeskundige oplossing in een inplanteerbare kamer toelaat</p>	W 8,934	"
"	421072	<p><i>"K.B. 15.12.2008" (in werking 1.2.2009)</i></p> <p>Verwijdering van een verblijfskatheter of van specifiek materiaal dat de toediening van een geneeskundige oplossing in een inplanteerbare kamer toelaat</p>	W 8,333	"
"	427416	<p><i>"K.B. 24.11.2009" (in werking 1.2.2010)</i></p> <p>Vervangen van een suprapubische sonde met ballon</p>	W 2,302	
	427475	<p>Vervangen van een gastrostomiesonde met ballon</p>	W 2,302	"
"	427534	<p><i>"K.B. 24.4.2012" (in werking 1.7.2012)</i></p> <p>Toezichts- en opvolgingshonorarium bij het gebruik van pompsystemen voor het toedienen van chronische analgesie via epidurale of intrathecale catheter</p>	W 2,946	"

		"K.B. 12.9.2001" (in werking 1.10.2001)	
		"IV. Forfaitaire honoraria per verzorgingsdag voor palliatieve patiënten."	
"	427011	"K.B. 12.9.2001" (in werking 1.10.2001) + "K.B. 13.10.2004" (in werking 1.1.2005) + "K.B. 17.9.2005" (in werking 1.10.2005) Forfaitair honorarium PC, dat één keer per verzorgingsdag wordt toegekend voor het geheel van de verpleegkundige verzorging, verleend aan een rechthebbende : • wiens fysieke afhankelijkheidstoestand beantwoordt aan de volgende criteria : - afhankelijkheid wegens het criterium zich wassen (score 4) en het criterium zich kleden (score 4), en - afhankelijk wegens het criterium transfer en verplaatsingen (score 4) en om het criterium toiletbezoek (score 4), en - afhankelijkheid wegens het criterium continëntie en het criterium eten (waarvoor één van de twee criteria een score 4 heeft en het andere criterium een score van minimum 3) • en die beantwoordt aan de definitie van palliatieve patiënt, zoals bedoeld in § 5bis, 1°	W 14,422
	427033	Forfaitair honorarium PB, dat één keer per verzorgingsdag wordt toegekend voor het geheel van de verpleegkundige verzorging, verleend aan een rechthebbende : • wiens fysieke afhankelijkheidstoestand beantwoordt aan de volgende criteria : - afhankelijkheid wegens het criterium zich wassen en het criterium zich kleden (score 3 of 4), en - afhankelijk wegens het criterium transfer en verplaatsingen en het criterium toiletbezoek (score 3 of 4), en - afhankelijkheid wegens het criterium continëntie en/of het criterium eten (score 3 of 4) • en die beantwoordt aan de definitie van palliatieve patiënt, zoals bedoeld in § 5bis, 1°	W 11,750
	427055	Forfaitair honorarium PA, dat één keer per verzorgingsdag wordt toegekend voor het geheel van de verpleegkundige verzorging, verleend : • aan een rechthebbende wiens fysieke afhankelijkheidstoestand beantwoordt aan de volgende criteria : - afhankelijk wegens het criterium zich wassen en het criterium zich kleden (score 3 of 4), en - afhankelijk wegens het criterium transfer en verplaatsingen en/of het criterium toiletbezoek (score 3 of 4) • op voorwaarde dat deze rechthebbende beantwoordt aan de definitie van palliatieve patiënt, zoals bedoeld in § 5bis, 1°	W 10,887 "

		<i>"K.B. 12.9.2001" (in werking 1.10.2001) + "K.B. 17.9.2005" (in werking 1.10.2005)</i>	
"	427173	Forfaitair honorarium PP, dat één keer per verzorgingsdag wordt toegekend voor het geheel van de verpleegkundige verzorging, verleend: <ul style="list-style-type: none"> • aan een rechthebbende in wiens hoofde de bepalingen in § 4, 6° van toepassing zijn; • op voorwaarde dat deze rechthebbende beantwoordt aan de definitie van palliatieve patiënt, zoals bedoeld in § 5bis, 1° 	W 10,887
		V. Supplementair honorarium per verzorgingsdag voor palliatieve patiënten.	
	427070	Supplementair honorarium, forfait PN genoemd, dat één keer per verzorgingsdag wordt toegekend voor het geheel van de verpleegkundige verzorging, verleend aan een rechthebbende : <ul style="list-style-type: none"> • in wiens hoofde één of meer verstrekkingen bedoeld sub I of sub III van deze rubriek worden aangerekend, zonder dat het dagplafond bedoeld in § 4, 6° wordt bereikt, • en die beantwoordt aan de definitie van palliatieve patiënt, zoals bedoeld in § 5bis, 1° 	W 7,062 "
		<i>"K.B. 11.6.2003" (in werking 1.7.2003)</i>	
		"VI. Forfaitaire honoraria voor verstrekkingen aan diabetespatiënten.	
	423135	Forfaitair honorarium voor de opmaak van een specifiek verpleegdossier van de diabetische patiënt en overleg met de behandelende arts	W 7,001
	423150	Forfaitair honorarium voor individuele educatie tot zelfzorg van een diabetespatiënt door een referentieverpleegkundige inzake diabetes	W 21,002
	423172	Forfaitair honorarium voor de aanwezigheid van een vaste verpleegkundige bij individuele educatie tot zelfzorg	W 8,401
	423194	Forfaitair honorarium voor individuele educatie tot inzicht, waarbij een vaste verpleegkundige of een referentieverpleegkundige inzake diabetes een diabetespatiënt inzicht verschaft in de pathologie	W 7,001
	423216	Forfait voor de opvolging van een diabetespatiënt na de educatie tot zelfzorg	W 2,800
	423231	Opvolgingshonorarium voor begeleiding van een diabetespatiënt die niet overschakelt op zelfzorg door een vaste verpleegkundige	W 0,070 "

		<i>"K.B. 15.12.2008" (in werking 1.2.2009)</i>	
		"VII : Verpleegkundig consult	
	429015	Verpleegkundig consult in de thuisverpleging	W 5,555 "
"	424896	<i>"K.B. 27.3.2012" (in werking 1.6.2012)</i> Verpleegkundig advies en overleg in functie van de wekelijkse voorbereiding van de geneesmiddelen per os met akkoord van de behandelend arts	W 5,203 "
		<i>"K.B. 19.1.2011" (in werking 1.1.2010)</i>	
		"VIII	
	428035	vergoeding voor de herhaaldelijke noodzakelijke verstrekkingen bij zeer afhankelijke patiënten	W 0,134 "
		<i>"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) + Erratum B.S. 9.3.2005</i>	
		"2° Verstrekkingen verleend in de woon- of verblijfplaats van de rechthebbende tijdens het weekend of op een feestdag.	
		I. Verpleegkundige verzorgingszitting.	
		A. Basisverstrekking."	
"	425412	<i>"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997)</i> Eerste basisverstrekking van de verzorgingsdag	W 1,206
	425434	Tweede basisverstrekking van de verzorgingsdag	W 1,206
	425456	Derde of latere basisverstrekking van de verzorgingsdag	W 1,206 "
		<i>"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) + Erratum B.S. 9.3.2005</i>	
		"B. Technische verpleegkundige verstrekkingen."	
"	425515	<i>"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) + "K.B. 17.9.2005" (in werking 1.10.2005)</i> Hygiënische verzorging (toiletten)	W 1,754 "
"	423253	<i>"K.B. 11.6.2003" (in werking 1.7.2003) + "K.B. 3.8.2007" (in werking 1.10.2007)</i> Toedienen van geneesmiddelen, waaronder de vervanging van het heparineslot, via een directe intraveneuze toedieningsweg of via een eerder geplaatste intraveneuze katheter	W 0,803 "
"	423275	<i>"K.B. 11.6.2003" (in werking 1.7.2003)</i> Toedienen van geneesmiddelen langs intramusculaire, subcutane of hypodermale toedieningsweg	W 0,730 "
"	423290	<i>"K.B. 11.6.2003" (in werking 1.7.2003) + "K.B. 25.4.2004" (in werking 1.6.2004) + "K.B. 3.8.2007" (in werking 1.10.2007)</i> Toedienen van geneesmiddelen langs intramusculaire, subcutane, hypodermale of intraveneuze toedieningsweg in verschillende injectieplaatsen	W 0,766 "
"	424410	<i>"K.B. 11.6.2003" (in werking 1.7.2003) + "K.B. 3.10.2022" (in werking 1.12.2022)</i> Toezicht op verband zonder verbandwissel	W 0,978 "

"	424432	"K.B. 11.6.2003" (in werking 1.7.2003) Aanbrengen van zalf of van een geneeskrachtig product	W 0,730	
	424454	Aanbrengen van oogdruppels en/of oogzalf in de postoperatieve fase	W 0,730	"
"	424476	"K.B. 11.6.2003" (in werking 1.7.2003) + "K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014) In het kader van compressietherapie : aanbrengen van bandage(s), compressieverband(en)	W 0,730	"
"	424955	"K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014) In het kader van compressietherapie : aandoen en/of uittrekken van kous(en)	W 0,730	"
"	429472	"K.B. 3.10.2022" (in werking 1.12.2022) Verzorging van een geheelde stoma, zonder dat wondzorg noodzakelijk is	W 2,189	"
"	424491	"K.B. 11.6.2003" (in werking 1.7.2003) + "K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014) + "K.B. 3.10.2022" (in werking 1.12.2022) Eenvoudige wondzorg met uitzondering van de verstrekkingen die vallen onder de codenummers 424410, 424432, 424454, 424476, 424955 en 429472.	W 2,189	"
"	424513	"K.B. 11.6.2003" (in werking 1.7.2003) + "K.B. 3.8.2007" (in werking 1.10.2007) + "K.B. 29.4.2009" (in werking 1.7.2009) Complexe wondzorg	W 2,562	"
"	429413	"K.B. 3.10.2022" (in werking 1.12.2022) Bijkomende verstrekking indien de complexe wondzorg 30-59 minuten duurt	W 5,216	
	429435	Bijkomende verstrekking indien de complexe wondzorg 60-89 minuten duurt	W 11,477	
	429450	Bijkomende verstrekking indien de complexe wondzorg langer dan 89 minuten duurt	W 18,779	"
	424535	<i>Geschrapd door K.B. 3.10.2022 (in werking 1.12.2022)</i>		
"	425574	"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) - blaassondage; - blaasinstillatie; - blaasspoeling	W 1,206	
	425596	- aseptische vulvazorgen; - vagina-irrigatie; - aspiratie luchtwegen	W 1,094	
	425611	- manueel verwijderen van faecalomen; - lavement en/of toediening van medicamenteuze oplossingen via rectale sonde; - gastro-intestinale tubage en drainage; - darmspoeling; - enterale voeding via maagsonde, gastro- of enterostomiesonde	W 1,094	"

"	425751	<p><i>K.B. 3.8.2007" (in werking 1.10.2007)</i> Vorbereiding en toediening van medicatie bij chronische psychiatrische patiënten;</p>	W 0,269 "
		<p><i>"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) + Erratum B.S. 9.3.2005</i> "II. Forfaitaire honoraria per verzorgingsdag voor zwaar zorgafhankelijke patiënten."</p>	
"	425670	<p><i>"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) + "K.B. 13.10.2004" (in werking 1.1.2005)</i> Forfaitair honorarium, forfait A genoemd, dat één keer per verzorgingsdag wordt toegekend voor het geheel van de verpleegkundige verzorging, verleend aan de rechthebbende wiens fysieke afhankelijkheidstoestand beantwoordt aan de volgende criteria :</p> <ul style="list-style-type: none"> - afhankelijk wegens het criterium zich wassen en het criterium zich kleden (score 3 of 4), en - afhankelijk wegens het criterium transfer en verplaatsingen en/of het criterium toiletbezoek (score 3 of 4). 	W 5,710 "
	425692	<p>Forfaitair honorarium, forfait B genoemd, dat één keer per verzorgingsdag wordt toegekend voor het geheel van de verpleegkundige verzorging, verleend aan de rechthebbende wiens fysieke afhankelijkheidstoestand beantwoordt aan de volgende criteria :</p> <ul style="list-style-type: none"> - afhankelijk wegens het criterium zich wassen en het criterium zich kleden (score 3 of 4), en - afhankelijk wegens het criterium transfer en verplaatsingen en het criterium toiletbezoek (score 3 of 4), en - afhankelijkheid wegens het criterium continëntie en/of het criterium eten (score 3 of 4) 	W 10,944 "
"	425714	<p><i>"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) + "K.B. 4.6.1998" (in werking 1.7.1998) + "K.B. 9.6.1999" (in werking 1.7.1999) + "K.B. 13.10.2004" (in werking 1.1.2005)</i> Forfaitair honorarium, forfait C genoemd, dat één keer per verzorgingsdag wordt toegekend voor het geheel van de verpleegkundige verzorging, verleend aan de rechthebbende wiens fysieke afhankelijkheidstoestand beantwoordt aan de volgende criteria :</p> <ul style="list-style-type: none"> - afhankelijk wegens het criterium zich wassen (score 4) en het criterium zich kleden (score 4) en - afhankelijk wegens het criterium transfer en verplaatsingen (score 4) en om het criterium toiletbezoek (score 4) en - afhankelijkheid wegens het criterium continëntie en het criterium eten (waarvoor één van de twee criteria een score 4 heeft en het andere criterium een score van minimum 3) 	W 15,017 "

		"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) + Erratum B.S. 9.3.2005	
		"III. Specifieke technische verpleegkundige verstrekkingen."	
		"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) + "K.B. 3.8.2007" (in werking 1.10.2007) + "K.B. 24.4.2012" (in werking 1.7.2012)	
"	425773	Forfaitair honorarium per verzorgingsdag voor patiënten die verzorging met één of meerdere van de volgende specifieke technische verpleegkundige verstrekkingen vereisen : -plaatsen van en/of toezicht op (intraveneuze of subcutane) perfusie; - toediening van en/of toezicht op parenterale voeding;	W 13,401 "
"	423312	"K.B. 11.6.2003" (in werking 1.7.2003) + "K.B. 3.8.2007" (in werking 1.10.2007) Plaatsing van een verblijfskatheter of van specifiek materiaal dat de toediening van een geneeskundige oplossing in een inplanteerbare kamer toelaat	W 8,934 "
"	421094	"K.B. 15.12.2008" (in werking 1.2.2009) Verwijdering van een verblijfskatheter of van specifiek materiaal dat de toediening van een geneeskundige oplossing in een inplanteerbare kamer toelaat	W 8,333 "
"	427431	"K.B. 24.11.2009" (in werking 1.2.2010) Vervangen van een suprapubische sonde met ballon	W 3,453
	427490	Vervangen van een gastrostomiesonde met ballon	W 3,453 "
"	427556	"K.B. 24.4.2012" (in werking 1.7.2012) Toezichts- en opvolgingshonorarium bij het gebruik van pompsystemen voor het toedienen van chronische analgesie via epidurale of intrathecale catheter	W 4,504 "
		"K.B. 12.9.2001" (in werking 1.10.2001) "IV. Forfaitaire honoraria per verzorgingsdag voor palliatieve patiënten."	
"	427092	"K.B. 12.9.2001" (in werking 1.10.2001) + "K.B. 13.10.2004" (in werking 1.1.2005) + "K.B. 17.9.2005" (in werking 1.10.2005) Forfaitair honorarium PC, dat één keer per verzorgingsdag wordt toegekend voor het geheel van de verpleegkundige verzorging, verleend aan een rechthebbende : • wiens fysieke afhankelijkheidstoestand beantwoordt aan de volgende criteria : - afhankelijkheid wegens het criterium zich wassen (score 4) en het criterium zich kleden (score 4), en - afhankelijk wegens het criterium transfer en verplaatsingen (score 4) en om het criterium toiletbezoek (score 4), en - afhankelijkheid wegens het criterium continëntie en het criterium eten (waarvoor één van de twee criteria een score 4 heeft en het andere criterium een score van minimum 3) • en die beantwoordt aan de definitie van palliatieve patiënt, zoals bedoeld in § 5bis, 1°	W 21,512

427114	<p>Forfaitair honorarium PB, dat één keer per verzorgingsdag wordt toegekend voor het geheel van de verpleegkundige verzorging, verleend aan een rechthebbende :</p> <ul style="list-style-type: none"> • wiens fysieke afhankelijkheidstoestand beantwoordt aan de volgende criteria : - afhankelijkheid wegens het criterium zich wassen en het criterium zich kleden (score 3 of 4), en - afhankelijk wegens het criterium transfer en verplaatsingen en het criterium toiletbezoek (score 3 of 4), en - afhankelijkheid wegens het criterium continentie en/of het criterium eten (score 3 of 4) • en die beantwoordt aan de definitie van palliatieve patiënt, zoals bedoeld in § 5bis, 1° 	W 17,493
427136	<p>Forfaitair honorarium PA, dat één keer per verzorgingsdag wordt toegekend voor het geheel van de verpleegkundige verzorging, verleend</p> <ul style="list-style-type: none"> • aan een rechthebbende wiens fysieke afhankelijkheidstoestand beantwoordt aan de volgende criteria : - afhankelijk wegens het criterium zich wassen en het criterium zich kleden (score 3 of 4), en - afhankelijk wegens het criterium transfer en verplaatsingen en/of het criterium toiletbezoek (score 3 of 4) • op voorwaarde dat deze rechthebbende beantwoordt aan de definitie van palliatieve patiënt, zoals bedoeld in § 5bis, 1° 	W 16,253 "
"	<p><i>"K.B. 12.9.2001" (in werking 1.10.2001) + "K.B. 17.9.2005" (in werking 1.10.2005)</i></p> <p>Forfaitair honorarium PP, dat één keer per verzorgingsdag wordt toegekend voor het geheel van de verpleegkundige verzorging, verleend :</p> <ul style="list-style-type: none"> • aan een rechthebbende in wiens hoofde de bepalingen in § 4, 6° van toepassing zijn; • op voorwaarde dat deze rechthebbende beantwoordt aan de definitie van palliatieve patiënt, zoals bedoeld in § 5bis, 1° 	W 16,253
<p>V. Supplementair honorarium per verzorgingsdag voor palliatieve patiënten.</p>		
427151	<p>Supplementair honorarium, forfait PN genoemd, dat één keer per verzorgingsdag wordt toegekend voor het geheel van de verpleegkundige verzorging, verleend aan een rechthebbende</p> <ul style="list-style-type: none"> • in wiens hoofde één of meer verstrekkingen bedoeld sub I of sub III van deze rubriek worden aangerekend, zonder dat het dagplafond bedoeld in § 4, 6° wordt bereikt, • en die beantwoordt aan de definitie van palliatieve patiënt, zoals bedoeld in § 5bis, 1° 	W 10,624 "

		<i>"K.B. 11.6.2003" (in werking 1.7.2003)</i>	
		"VI. Forfaitaire honoraria voor verstrekkingen aan diabetespatiënten.	
423334	Opvolgingshonorarium voor begeleiding van een diabetespatiënt die niet overschakelt op zelfzorg door een vaste verpleegkundige		W 0,070 "
		<i>"K.B. 19.1.2011" (in werking 1.1.2010)</i>	
		"VII	
428050	vergoeding voor de herhaaldelijke noodzakelijke verstrekkingen bij zeer afhankelijke patiënten		W 0,134 "
		<i>"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) + Erratum B.S. 9.3.2005 + "K.B. 22.11.2013" (in werking 1.1.2014) + "K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014)</i>	
		"3° Verstrekkingen verleend hetzij in de praktijkkamer van de beoefenaar van de verpleegkunde, hetzij in een hersteloord."	
		<i>"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) + Erratum B.S. 9.3.2005</i>	
		"I. Verpleegkundige verzorgingszitting.	
		A. Basisverstrekking."	
		<i>"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997)</i>	
" 425810	Eerste basisverstrekking van de verzorgingsdag		W 0,655
425832	Tweede basisverstrekking van de verzorgingsdag		W 0,655
425854	Derde of latere basisverstrekking van de verzorgingsdag		W 0,655 "
		<i>"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) + Erratum B.S. 9.3.2005</i>	
		"B. Technische verpleegkundige verstrekkingen."	
		<i>"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) + "K.B. 17.9.2005" (in werking 1.10.2005)</i>	
" 425913	Hygiënische verzorging (toiletten)		W 1,167 "
		<i>"K.B. 11.6.2003" (in werking 1.7.2003) + "K.B. 3.8.2007" (in werking 1.10.2007)</i>	
" 423356	Toedienen van geneesmiddelen, waaronder de vervanging van het heparineslot, via een directe intraveneuze toedieningsweg of via een eerder geplaatste intraveneuze katheter		W 0,532 "
		<i>"K.B. 11.6.2003" (in werking 1.7.2003)</i>	
" 423371	Toedienen van geneesmiddelen langs intramusculaire, subcutane of hypodermale toedieningsweg		W 0,484 "
		<i>"K.B. 11.6.2003" (in werking 1.7.2003) + "K.B. 25.4.2004" (in werking 1.6.2004) + "K.B. 3.8.2007" (in werking 1.10.2007)</i>	
" 423393	Toedienen van geneesmiddelen langs intramusculaire, subcutane, hypodermale of intraveneuze toedieningsweg in verschillende injectieplaatsen		W 0,508 "
		<i>"K.B. 11.6.2003" (in werking 1.7.2003) + "K.B. 3.10.2022" (in werking 1.12.2022)</i>	
" 424550	Toezicht op verband zonder verbandwissel		W 0,746 "

"	424572	"K.B. 11.6.2003" (in werking 1.7.2003) Aanbrengen van zalf of van een geneeskrachtig product	W 0,484	
	424594	Aanbrengen van oogdruppels en/of oogzalf in de postoperatieve fase	W 0,484	"
"	424616	"K.B. 11.6.2003" (in werking 1.7.2003) + "K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014) In het kader van compressietherapie : aanbrengen van bandage(s), compressieverband(en)	W 0,484	"
"	424970	"K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014) In het kader van compressietherapie : aandoen en/of uittrekken van kous(en)	W 0,484	"
"	429575	"K.B. 3.10.2022" (in werking 1.12.2022) Verzorging van een geheelde stoma, zonder dat wondzorg noodzakelijk is	W 1,459	"
"	424631	"K.B. 11.6.2003" (in werking 1.7.2003) + "K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014)+ "K.B. 3.10.2022" (in werking 1.12.2022) Eenvoudige wondzorg met uitzondering van de verstrekkingen die vallen onder de codenummers 424550, 424572, 424594, 424616, 424970 en 429575	W 1,459	"
"	424653	"K.B. 11.6.2003" (in werking 1.7.2003) + "K.B. 3.8.2007" (in werking 1.10.2007) + "K.B. 29.4.2009" (in werking 1.7.2009) + "K.B. 3.10.2022" (in werking 1.12.2022) Complexe wondzorg	W 2,203	"
"	429516	"K.B. 3.10.2022" (in werking 1.12.2022) Bijkomende verstrekking indien de complexe wondzorg 30-59 minuten duurt	W 5,216	
	429531	Bijkomende verstrekking indien de complexe wondzorg 60-89 minuten duurt	W 11,477	
	429553	Bijkomende verstrekking indien de complexe wondzorg langer dan 89 minuten duurt	W 18,779	
	424675	Geschrapt door K.B. 3.10.2022 (in werking 1.12.2022)		
	424690	"K.B. 11.6.2003" (in werking 1.7.2003) + "K.B. 22.11.2013" (in werking 1.1.2014)+ "K.B. 3.10.2022" (in werking 1.12.2022) Bezoek van een referentieverpleegkundige wondzorg	W 5,271	
	429590	"K.B. 3.10.2022" (in werking 1.12.2022) Aanwezigheid van de vaste verpleegkundige tijdens het bezoek van de referentieverpleegkundige wondzorg	W 0,746	"
"	425972	"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) - blaassondage; - blaasinstillatie; - blaasspoeling	W 0,804	

	425994	- aseptische vulvazorgen; - vagina-irrigatie; - aspiratie luchtwegen	W 0,730
	426016	- manueel verwijderen van faecalomen; - lavement en/of toediening van medicamenteuze oplossingen via rectale sonde; - gastro-intestinale tubage en drainage; - darmspoeling; - enterale voeding via maagsonde, gastro- of enterostomiesonde	W 0,730 "
"	425073	"K.B. 25.3.2018" (in werking 1.6.2018) Voorbereiding en toediening van medicatie bij chronische psychiatrische patiënten	W 0,180 "
		"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) + Erratum B.S. 9.3.2005 "II. Forfaitaire honoraria per verzorgingsdag voor zwaar zorgafhankelijke patiënten ."	
"	426075	"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) + "K.B. 13.10.2004" (in werking 1.1.2005) + "K.B. 17.9.2005" (in werking 1.10.2005) Forfaitair honorarium, forfait A genoemd, dat één keer per verzorgingsdag wordt toegekend voor het geheel van de verpleegkundige verzorging, verleend aan de rechthebbende wiens fysieke afhankelijkheidstoestand beantwoordt aan de volgende criteria : - afhankelijk wegens het criterium zich wassen en het criterium zich kleden (score 3 of 4), en - afhankelijk wegens het criterium transfer en verplaatsingen en/of het criterium toiletbezoek (score 3 of 4)	W 3,605
	426090	Forfaitair honorarium, forfait B genoemd, dat één keer per verzorgingsdag wordt toegekend voor het geheel van de verpleegkundige verzorging, verleend aan de rechthebbende wiens fysieke afhankelijkheidstoestand beantwoordt aan de volgende criteria : - afhankelijk wegens het criterium zich wassen en het criterium zich kleden (score 3 of 4), en - afhankelijk wegens het criterium transfer en verplaatsingen en het criterium toiletbezoek (score 3 of 4), en - afhankelijkheid wegens het criterium continëntie en/of het criterium eten (score 3 of 4)	W 6,432 "

"	426112	<p>"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) + "K.B. 4.6.1998" (in werking 1.7.1998) + "K.B. 9.6.1999" (in werking 1.7.1999) + "K.B. 13.10.2004" (in werking 1.1.2005) + "K.B. 17.9.2005" (in werking 1.10.2005)</p> <p>Forfaitair honorarium, forfait C genoemd, dat één keer per verzorgingsdag wordt toegekend voor het geheel van de verpleegkundige verzorging, verleend aan de rechthebbende wiens fysieke afhankelijkheidstoestand beantwoordt aan de volgende criteria :</p> <ul style="list-style-type: none"> - afhankelijk wegens het criterium zich wassen (score 4) en het criterium zich kleden (score 4) en - afhankelijk wegens het criterium transfer en verplaatsingen (score 4) en om het criterium toiletbezoek (score 4) en - afhankelijkheid wegens het criterium continëntie en het criterium eten (waarvoor één van de twee criteria een score 4 heeft en het andere criterium een score van minimum 3) 	W 8,874 "
		<p>"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) + Erratum B.S. 9.3.2005</p> <p>"III. Specifieke technische verpleegkundige verstrekkingen."</p>	
"	426171	<p>"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) + "K.B. 3.8.2007" (in werking 1.10.2007) + "K.B. 24.4.2012" (in werking 1.7.2012)</p> <p>Forfaitair honorarium per verzorgingsdag voor patiënten die verzorging met één of meerdere van de volgende specifieke technische verpleegkundige verstrekkingen vereisen :</p> <ul style="list-style-type: none"> -plaatsen van en/of toezicht op (intraveneuze of subcutane) perfusie; - toediening van en/of toezicht op parenterale voeding; 	W 8,934 "
"	423415	<p>"K.B. 11.6.2003" (in werking 1.7.2003) + "K.B. 3.8.2007" (in werking 1.10.2007)</p> <p>Plaatsing van een verblijfskatheter of van specifiek materiaal dat de toediening van een geneeskundige oplossing in een inplanteerbare kamer toelaat</p>	W 8,934 "
"	421116	<p>"K.B. 15.12.2008" (in werking 1.2.2009)</p> <p>Verwijdering van een verblijfskatheter of van specifiek materiaal dat de toediening van een geneeskundige oplossing in een inplanteerbare kamer toelaat</p>	W 8,333 "
"	427453	<p>"K.B. 24.11.2009" (in werking 1.2.2010)</p> <p>Vervangen van een suprapubische sonde met ballon</p>	W 2,302
	427512	<p>Vervangen van een gastrostomiesonde met ballon</p>	W 2,302 "
"	427571	<p>"K.B. 24.4.2012" (in werking 1.7.2012)</p> <p>Toezichts- en opvolgingshonorarium bij het gebruik van pompsystemen voor het toedienen van chronische analgesie via epidurale of intrathecale catheter</p>	W 2,946 "

	"K.B. 19.1.2011" (in werking 1.1.2010)		
	"IV		
428072	vergoeding voor de herhaaldelijke noodzakelijke verstrekkingen bij zeer afhankelijke patiënten	W 0,134	"
	"K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014)		
	"3°bis Verstrekkingen verleend in een tijdelijke of definitieve gemeenschappelijke woon- of verblijfplaats van mindervaliden.		
	I. Verpleegkundige verzorgingszitting.		
	A. Basisverstrekking.		
427696	Eerste basisverstrekking van de verzorgingsdag	W 0,655	
427711	Tweede basisverstrekking van de verzorgingsdag	W 0,655	
427733	Derde of latere basisverstrekking van de verzorgingsdag	W 0,655	
	B. Technische verpleegkundige verstrekkingen.		
427755	Hygiënische verzorging (toiletten)	W 1,167	
427770	Toedienen van geneesmiddelen, waaronder de vervanging van het heparineslot, via een directe intraveneuze toedieningsweg of via een eerder geplaatste intraveneuze katheter	W 0,532	
427792	Toedienen van geneesmiddelen langs intramusculaire, subcutane of hypodermale toedieningsweg	W 0,484	
427814	Toedienen van geneesmiddelen langs intramusculaire, subcutane, hypodermale of intraveneuze toedieningsweg in verschillende injectieplaatsen	W 0,508	
"	427836 "K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014) + "K.B. 3.10.2022" (in werking 1.12.2022) Toezicht op verband zonder verbandwissel	W 0,746	"
"	427851 "K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014) Aanbrengen van zalf of van een geneeskrachtig product	W 0,484	
	427873 Aanbrengen van oogdruppels en/of oogzalf in de postoperatieve fase	W 0,484	
	427895 In het kader van compressietherapie : aanbrengen van bandage(s), compressieverband(en)	W 0,484	
	427910 In het kader van compressietherapie : aandoen en/of uittrekken van kous(en)	W 0,484	"
"	429671 "K.B. 3.10.2022" (in werking 1.12.2022) Verzorging van een geheelde stoma, zonder dat wondzorg noodzakelijk is	W 1,459	"

"	427932	"K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014) + "K.B. 3.10.2022" (in werking 1.12.2022) Eenvoudige wondzorg met uitzondering van de verstrekkingen die vallen onder de codenummers 427836, 427851, 427873, 427895, 427910 en 429671	W 1,459	
	427954	Complexe wondzorg	W 2,203	"
"	429612	"K.B. 3.10.2022" (in werking 1.12.2022) Bijkomende verstrekking indien de complexe wondzorg 30-59 minuten duurt	W 5,216	
	429634	Bijkomende verstrekking indien de complexe wondzorg 60-89 minuten duurt	W 11,477	
	429656	Bijkomende verstrekking indien de complexe wondzorg langer dan 89 minuten duurt	W 18,779	"
	427976	Geschrapd door K.B. 3.10.2022 (in werking 1.12.2022)		
"	427991	"K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014) + "K.B. 3.10.2022" (in werking 1.12.2022) Bezoek van een referentieverpleegkundige wondzorg	W 5,271	"
"	429693	"K.B. 3.10.2022" (in werking 1.12.2022) Aanwezigheid van de vaste verpleegkundige tijdens het bezoek van de referentieverpleegkundige wondzorg	W 0,746	"
"	429030	"K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014) - blaassondage; - blaasinstillatie; - blaasspoeling	W 0,804	
	429052	- aseptische vulvazorgen; - vagina-irrigatie; - aspiratie luchtwegen	W 0,730	
	429074	- manueel verwijderen van faecalomen; - lavement en/of toediening van medicamenteuze oplossingen via rectale sonde; - gastro-intestinale tubage en drainage; - darmspoeling; - enterale voeding via maagsonde, gastro- of enterostomiesonde	W 0,730	
		II. Forfaitaire honoraria per verzorgingsdag voor zwaar zorgafhankelijke patiënten.		
	429096	Forfaitair honorarium, forfait A genoemd, dat één keer per verzorgingsdag wordt toegekend voor het geheel van de verpleegkundige verzorging, verleend aan de rechthebbende wiens fysieke afhankelijkheidstoestand beantwoordt aan de volgende criteria : - afhankelijk wegens het criterium zich wassen en het criterium zich kleden (score 3 of 4), en - afhankelijk wegens het criterium transfer en verplaatsingen en/of het criterium toiletbezoek (score 3 of 4)	W 3,605	

429111	Forfaitair honorarium, forfait B genoemd, dat één keer per verzorgingsdag wordt toegekend voor het geheel van de verpleegkundige verzorging, verleend aan de rechthebbende wiens fysieke afhankelijkheidstoestand beantwoordt aan de volgende criteria : - afhankelijk wegens het criterium zich wassen en het criterium zich kleden (score 3 of 4), en - afhankelijk wegens het criterium transfer en verplaatsingen en het criterium toiletbezoek (score 3 of 4), en - afhankelijkheid wegens het criterium continentie en/of het criterium eten (score 3 of 4)	W 6,432
429133	Forfaitair honorarium, forfait C genoemd, dat één keer per verzorgingsdag wordt toegekend voor het geheel van de verpleegkundige verzorging, verleend aan de rechthebbende wiens fysieke afhankelijkheidstoestand beantwoordt aan de volgende criteria : - afhankelijk wegens het criterium zich wassen (score 4) en het criterium zich kleden (score 4) en - afhankelijk wegens het criterium transfer en verplaatsingen (score 4) en om het criterium toiletbezoek (score 4) en - afhankelijkheid wegens het criterium continentie en het criterium eten (waarvoor één van de twee criteria een score 4 heeft en het andere criterium een score van minimum 3)	W 8,874
III. Specifieke technische verpleegkundige verstrekkingen.		
429155	Forfaitair honorarium per verzorgingsdag voor patiënten die verzorging met één of meerdere van de volgende specifieke technische verpleegkundige verstrekkingen vereisen : - plaatsen van en/of toezicht op (intraveneuze of subcutane) perfusie; - toediening van en/of toezicht op parenterale voeding;	W 8,934
429170	Plaatsing van een verblijfskatheter of van specifiek materiaal dat de toediening van een geneeskundige oplossing in een inplanteerbare kamer toelaat	W 8,934
429192	Verwijdering van een verblijfskatheter of van specifiek materiaal dat de toediening van een geneeskundige oplossing in een inplanteerbare kamer toelaat	W 8,333
429214	Vervangen van een suprapubische sonde met ballon	W 2,302
429236	Vervangen van een gastrostomiesonde met ballon	W 2,302
429251	Toezichts- en opvolgingshonorarium bij het gebruik van pompsystemen voor het toedienen van chronische analgesie via epidurale of intrathecale catheter	W 2,946

IV.

	429273	Vergoeding voor de herhaaldelijke noodzakelijke verstrekkingen bij zeer afhankelijke patiënten	W 0,134 "
		<i>"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) + Erratum B.S. 9.3.2005</i> "4° Verstrekkingen verleend in een dagverzorgingscentrum voor bejaarden.	
		I. Verpleegkundige verzorgingszitting.	
		A. Basisverstrekking."	
		<i>"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997)</i>	
"	426215	Eerste basisverstrekking van de verzorgingsdag	W 0,655
	426230	Tweede basisverstrekking van de verzorgingsdag	W 0,655
	426252	Derde of latere basisverstrekking van de verzorgingsdag	W 0,655 "
		<i>"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) + Erratum B.S. 9.3.2005</i> "B. Technische verpleegkundige verstrekkingen."	
	426311	<i>Geschrapd door K.B. 18.7.2002 (in werking 1.10.2002)</i>	
		<i>"K.B. 11.6.2003" (in werking 1.7.2003) + "K.B. 3.8.2007" (in werking 1.10.2007)</i> <i>+ "K.B. 20.12.2007" (in werking 1.10.2007)</i>	
"	423430	Toedienen van geneesmiddelen, waaronder de vervanging van het heparineslot, via een directe intraveneuze toedieningsweg of via een eerder geplaatste intraveneuze katheter	W 0,532
	423452	Toedienen van geneesmiddelen langs intramusculaire, subcutane of hypodermale toedieningsweg	W 0,484 "
		<i>"K.B. 11.6.2003" (in werking 1.7.2003) + "K.B. 25.4.2004" (in werking 1.6.2004)</i> <i>+ "K.B. 3.8.2007" (in werking 1.10.2007)</i>	
"	423474	Toedienen van geneesmiddelen langs intramusculaire, subcutane, hypodermale of intraveneuze toedieningsweg in verschillende injectieplaatsen	W 0,508 "
		<i>"K.B. 11.6.2003" (in werking 1.7.2003) + "K.B. 3.10.2022" (in werking 1.12.2022)</i>	
"	424712	Toezicht op verband zonder verbandwissel	W 0,746 "
		<i>"K.B. 11.6.2003" (in werking 1.7.2003)</i>	
"	424734	Aanbrengen van zalf of van een geneeskrachtig product	W 0,484
	424756	Aanbrengen van oogdruppels en/of oogzalf in de postoperatieve fase	W 0,484 "
		<i>"K.B. 11.6.2003" (in werking 1.7.2003) + "K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014)</i>	
"	424771	In het kader van compressietherapie : aanbrengen van bandage(s), compressieverband(en)	W 0,484 "
		<i>"K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014)</i>	
"	424992	In het kader van compressietherapie : aandoen en/of uittrekken van kous(en)	W 0,484 "

"	429774	"K.B. 3.10.2022" (in werking 1.12.2022) Verzorging van een geheele stoma, zonder dat wondzorg noodzakelijk is	W 1,459 "
"	424793	"K.B. 11.6.2003" (in werking 1.7.2003) + "K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014) + "K.B. 3.10.2022" (in werking 1.12.2022) Eenvoudige wondzorg met uitzondering van de verstrekkingen die vallen onder de codenummers 424712, 424734, 424756, 424771, 424992 en 429774	W 1,459 "
"	424815	"K.B. 11.6.2003" (in werking 1.7.2003) + "K.B. 3.8.2007" (in werking 1.10.2007) + "K.B. 29.4.2009" (in werking 1.7.2009) + "K.B. 3.10.2022" (in werking 1.12.2022) Complexe wondzorg	W 2,203 "
"	429715	"K.B. 3.10.2022" (in werking 1.12.2022) Bijkomende verstrekking indien de complexe wondzorg 30-59 minuten duurt	W 5,216
	429730	Bijkomende verstrekking indien de complexe wondzorg 60-89 minuten duurt	W 11,477
	429752	Bijkomende verstrekking indien de complexe wondzorg langer dan 89 minuten duurt	W 18,779 "
	424830	<i>Geschrapd door K.B. 3.10.2022 (in werking 1.12.2022)</i>	
"	424852	"K.B. 11.6.2003" (in werking 1.7.2003) + K.B. 22.11.2013" (in werking 1.1.2014) + "K.B. 3.10.2022" (in werking 1.12.2022) Bezoek van een referentieverpleegkundige wondzorg	W 5,271 "
"	429796	"K.B. 3.10.2022" (in werking 1.12.2022) Aanwezigheid van de vaste verpleegkundige tijdens het bezoek van de referentieverpleegkundige wondzorg	W 0,746 "
"	426370	"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) - blaassondage; - blaasinstillatie; - blaasspoeling	W 0,804
	426392	- aseptische vulvazorgen; - vagina-irrigatie; - aspiratie luchtwegen	W 0,730
	426414	- manueel verwijderen van faecalomen; - lavement en/of toediening van medicamenteuze oplossingen via rectale sonde; - gastro-intestinale tubage en drainage; - darmspoeling; - enterale voeding via maagsonde, gastro- of ente- rostomiesonde	W 0,730 "

"K.B. 29.9.2019" (in werking 1.12.2019)

"§ 1bis De verstrekkingen van § 1, 1° of 2° zijn van toepassing indien de verzorging niet wordt verleend in de plaatsen van verstrekking zoals bedoeld in § 1, 3°, 3°bis en 4° en indien ze wordt verleend in de woon- of verblijfplaats van de rechthebbende, in crèches, scholen en recreatieve stages en kampen, in buitenschoolse opvang, op de werkplek, in een vakantieverblijf en een verblijf bij familie of een mantelzorger. "

"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997)

"§ 2. Nadere bepalingen betreffende het voorschrift :

"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) + "K.B. 10.1.2021" (in werking 1.4.2021)

"Volgende verstrekkingen worden slechts vergoed indien ze door de praktiserende die de patiënt in behandeling heeft zijn voorgeschreven, hetzij door een arts in het raam van de algemene of gespecialiseerde geneeskunde, hetzij door een tandarts in het raam van de tandverzorging, hetzij door een andere zorgverlener binnen de grenzen van zijn bevoegdheden."

"K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014) + "K.B. 15.3.2022" (in werking 1.6.2022) + "K.B. 3.10.2022" (in werking 1.12.2022) + "K.B. 11.10.2023" (in werking 1.12.2023)

"- technische verpleegkundige verstrekkingen bedoeld in rubriek I, B, van § 1, 1°, 2°, 3°, 3°bis en 4°, met uitzondering van de verstrekkingen 425110, 425515, 425913, 427755, 424395, 424690, 427991, 424852, 424874, 424336, 424491, 424631, 427932, 424793, 424351, 424513, 424653, 427954, 424815, 424255, 424410, 424550, 427836, 424712, 429354, 429472, 429575, 429671, 429774, 429295, 429413, 429516, 429612, 429715, 429310, 429435, 429531, 429634, 429730, 429332, 429450, 429553, 429656, 429752 en 429376, 429590, 429693, 429796, behalve wanneer het voorschrift nodig blijft in het kader van de uitoefening van het beroep.

- de specifieke verpleegkundige verstrekkingen bedoeld in rubriek III van § 1, 1°, 2°, 3° en 3°bis;

- de verstrekkingen inzake verpleegkundige verzorging die worden verricht in het raam van een van de forfaitaire honoraria bedoeld in rubriek II van § 1, 1°, 2°, 3° en 3°bis en in rubrieken IV en V van § 1, 1° en 2° met uitzondering van de hygiënische verzorging en de wondzorg;

"- de forfaitaire honoraria voor de individuele educatie van diabetespatiënten tot zelfzorg (423150) en tot inzicht (423194), het forfait voor de opvolging van diabetespatiënten na educatie tot zelfzorg (423216) en het opvolgingshonorarium voor verpleegkundige begeleiding van diabetespatiënten die niet overschakelen op zelfzorg (423231 en 423334);"

"K.B. 25.3.2018" (in werking 1.6.2018) + "K.B. 15.3.2022" (in werking 1.6.2022)
"De technische verpleegkundige verstrekkingen bedoeld in rubriek I, B van § 1, 1°, 2°, 3°, 3°bis en 4° en de specifieke verpleegkundige verstrekkingen bedoeld in rubriek III van § 1, 1°, 2°, 3° en 3°bis kunnen in dringende gevallen worden uitgevoerd op basis van een mondeling geformuleerd medisch voorschrift, telefonisch, radiofonisch of via webcam meegedeeld door de in het eerste lid bedoelde de zorgverlener. De zorgverlener bevestigt zo spoedig mogelijk schriftelijk het voorschrift en dit ten laatste 5 kalenderdagen na bovenstaand mondeling voorschrift."

"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) + "K.B. 3.8.2007" (in werking 1.10.2007)
+ "K.B. 25.3.2018" (in werking 1.6.2018)

"Dat voorschrift vermeldt de aard, het aantal en de frequentie van de te verlenen verstrekkingen. Het moet de nodige gegevens bevatten om de aangerekende verzorging te kunnen identificeren, en mag zich derhalve niet beperken tot een loutere vermelding van het betrokken nomenclatuurnummer. Voor de verstrekkingen 425736, 425751 en 425073 moet het voorschrift in plaats van het aantal verstrekkingen de periode vermelden waarop het betrekking heeft; deze periode mag maximum één jaar beslaan; het voorschrift is hernieuwbaar."

"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997)

"Voorschriften inzake toedienen van geneesmiddelen en medicamenteuze oplossingen moeten bovendien de aard en de dosis van de toe te dienen producten vermelden.

Voorschriften inzake toedienen van enterale en parenterale voeding of inzake toedienen van perfusies moeten bovendien het debiet en de hoeveelheid per 24 uur vermelden."

"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997)

"§ 3. Er zijn geen honoraria verschuldigd :"

"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) + "K.B. 7.5.2017" (in werking 1.7.2017)

"1° wanneer de verstrekkingen verleend worden aan rechthebbenden die gehospitaliseerd zijn of ambulantly verzorgd worden in de omstandigheden die het de verplegingsinrichting mogelijk maken de forfaits voorzien in de nationale overeenkomst met de verplegingsinrichtingen aan te rekenen, behoudens indien een rechthebbende op een zelfde dag de hoedanigheid heeft van in een ziekenhuis opgenomen rechthebbende én van ambulante rechthebbende. In dit geval mag de verzekeringstegemoetkoming worden verleend mits vermelding van de pseudocode 426613 door de beoefenaar van de verpleegkunde;"

"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997)

"2° wanneer een tegemoetkoming voor hulp bij de handelingen uit het dagelijks leven aan de rechthebbenden worden verleend in het kader van de bepalingen van artikel 34, 11° en 12° van de vorenbedoelde wet van 14 juli 1994;

"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) + "K.B. 10.1.2021" (in werking 1.4.2021)

3° wanneer de verstrekte verzorging integraal deel uitmaakt van een raadpleging, een bezoek of een technische verstrekking, uitgevoerd door een arts."

"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) + "K.B. 4.6.1998" (in werking 9.1.1998)
"4° wanneer de verzorging wordt verleend in een tijdelijke of definitieve gemeenschappelijke woonplaats of verblijfplaats van bejaarden, bedoeld in het koninklijk besluit van 19 december 1997 tot vaststelling van de voorwaarden welke moeten worden vervuld door de instellingen die, zonder als rustoord te zijn erkend, een gemeenschappelijke woonplaats of verblijfplaats van bejaarden uitmaken als bedoeld in artikel 34, 12° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;"

"K.B. 27.3.2012" (in werking 1.6.2012)

"5° wanneer het verpleegdossier, vermeld in dit artikel, niet bestaat of indien de minimale inhoud, omschreven in § 4, 2° van dit artikel, niet vermeld is in dat dossier."

"K.B. 7.5.2017" (in werking 1.7.2017)

"6° wanneer de verstrekkingen verleend worden op de functies "eerste opvang van spoedgevallen" en "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" in een ziekenhuis."

"K.B. 7.5.2017" (in werking 1.7.2017) + "K.B. 25.3.2018" (in werking 1.6.2018)

"7° voor de verstrekkingen 425375, 425773, 426171 en 429155 indien deze handeling uitgevoerd wordt in een ziekenhuis met inbegrip van een praktijkkamer van verpleegkundige(n) in een ziekenhuis en een praktijkkamer van verpleegkundige(n) in een polikliniek buiten een ziekenhuiscampus bij arts-specialist(en)."

"K.B. 7.5.2017" (in werking 1.7.2017)

"8° voor de verstrekkingen 425913, 426075, 426090, 426112 en 428072 die verleend worden in de praktijkkamer van de beoefenaar van de verpleegkunde."

"K.B. 25.3.2018" (in werking 1.6.2018)

"9° wanneer de verstrekking 425073 verleend wordt in een praktijkkamer van verpleegkundige(n) in een ziekenhuis, in een praktijkkamer van verpleegkundige(n) in een polikliniek buiten een ziekenhuiscampus bij arts-specialist(en) of in een hersteloord."

"K.B. 29.9.2019" (in werking 1.12.2019)

"§ 3bis.

De verzekeringstegemoetkoming is onderworpen aan de volgende voorwaarden:

- Op naam van 1 individuele zorgverlener, verpleegkundige of zorgkundige, met het statuut van loontrekkende mag per kalenderjaar een maximum van 22.000 W-waarden aan verstrekkingen aangerekend worden;
- Op naam van 1 individuele zorgverlener, verpleegkundige of zorgkundige, met het statuut van zelfstandige mag per kalenderjaar een maximum van 40.000 W-waarden aan verstrekkingen aangerekend worden;

- Op naam van 1 individuele zorgverlener, verpleegkundige of zorgkundige, met het statuut van loontrekkende en het statuut van zelfstandige, mag per kalenderjaar een maximum van 40.000W-waarden aan verstrekkingen aangerekend worden. "

"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) + "K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014)

"§ 4. Nadere bepalingen inzake de in rubriek I van § 1, 1°, 2°, 3°, 3°bis en 4° bedoelde verstrekkingen :

1° De in rubriek I, A van § 1, 1°, 2°, 3°, 3°bis en 4° vermelde basisverstrekking omvat :

- de globale observatie van de rechthebbende;
- de planning en evaluatie van de verzorging;
- de gezondheidsbegeleiding van de rechthebbende en zijn omgeving;
- het opmaken en bijhouden van een volledig verpleegdossier;
- de verplaatsingskosten, uitgezonderd de bijkomende verplaatsingskosten in de plattelandstreken, behalve voor de basisverstrekkingen, bedoeld in rubriek I, A van § 1, 3°, 3°bis en 4°."

"K.B. 27.3.2012" (in werking 1.6.2012) + "K.B. 13.11.2023" (in werking 1.1.2024)

"2° De minimale inhoud van het verpleegdossier omvat tenminste : "

"K.B. 27.3.2012" (in werking 1.6.2012)

"- de identificatiegegevens van de rechthebbende;

- de evaluatieschaal bedoeld in § 5, voor zover de nomenclatuur zulks vereist;

- de inhoud van het voorschrift als bedoeld in § 2 (kopie van het voorschrift of omschrijving als het om een geautomatiseerd dossier gaat), voor zover de nomenclatuur zulks vereist;

- de identificatiegegevens van de voorschrijver, voor zover de nomenclatuur zulks vereist;

- alle verpleegkundige zorgen die over elke verzorgingsdag verleend worden;"

"K.B. 27.3.2012" (in werking 1.6.2012) + "K.B. 22.11.2013" (in werking 1.1.2014)

"- de identificatie van de beoefenaars van de verpleegkunde die deze verzorging hebben verleend;"

"K.B. 27.3.2012" (in werking 1.6.2012)

"- de vermelding inzake continentie bedoeld in § 6, 4°, voor zover de nomenclatuur zulks vereist."

"K.B. 13.11.2023" (in werking 1.1.2024)

"- de identificatiegegevens van de delegerende verpleegkundige in het geval dat een zorgkundige verpleegkundige activiteiten, toevertrouwd door een verpleegkundige, uitvoert. "

"K.B. 27.3.2012" (in werking 1.6.2012) + "K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014)
"Indien de aan de rechthebbende verleende verpleegkundige verzorging technische verstrekkingen, omschreven in rubriek I, B, van § 1, 1°, 2°, 3°, 3°bis en 4° van dit artikel, omvat, dan omvat de minimale inhoud van het verpleegdossier, naast de elementen in het eerste lid van deze bepaling ook :"

"K.B. 27.3.2012" (in werking 1.6.2012)

"- de planning van de verzorging;

- de evaluatie van de verzorging.

De relevante elementen van de planning en evaluatie van de verzorging vermeld in het vorige lid moeten minimaal om de twee maanden worden opgenomen in het verpleegdossier."

"K.B. 27.3.2012" (in werking 1.6.2012) + "K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014)
+ "K.B. 27.10.2022" (in werking 1.12.2022) + "K.B. 10.11.2023" (in werking 1.12.2023)

"Indien de aan de rechthebbende verleende verpleegkundige verzorging wondzorg, omschreven in § 8, 1° van dit artikel, omvat, of indien de verzorging wordt verleend in de context van de forfaitaire honoraria per verzorgingsdag voor zwaar zorgafhankelijke patiënten, omschreven in rubriek II van § 1, 1°, 2°, 3° en 3°bis van dit artikel, dan omvat de minimale inhoud van het verpleegdossier, naast de elementen in de eerste twee leden van deze bepaling ook het verpleegdossier inzake wondzorg bedoeld in § 8, 6°, voor zover de nomenclatuur zulks vereist."

"K.B. 27.3.2012" (in werking 1.6.2012)

Voor de in het vierde lid bedoelde gevallen, moeten in afwijking van het derde lid, de relevante elementen van de planning en evaluatie van de verzorging vermeld in het tweede lid minimaal om de twee weken worden opgenomen in het verpleegdossier."

"K.B. 27.3.2012" (in werking 1.6.2012) + "K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014)
+ "K.B. 27.3.2012" (in werking 1.6.2012) + "K.B. 11.10.2023" (in werking 1.12.2023)

"Indien de verpleegkundige verzorging verleend aan de rechthebbende specifieke technische verpleegkundige verstrekkingen, omschreven in rubriek III van § 1, 1°, 2°, 3° en 3°bis van dit artikel, of andere verstrekkingen, omschreven in § 1, 1° V, VI en VII en § 1, 2°, V en VI, omvat, of indien de verzorging wordt verleend in de context van de forfaitaire honoraria per verzorgingsdag voor palliatieve patiënten, omschreven in rubriek IV van § 1, 1° en 2° van dit artikel, dan omvat de minimale inhoud van het verpleegdossier, naast de elementen in de eerste twee leden van deze bepaling ook :"

"- de specifieke elementen voor deze verstrekkingen die bepaald zijn in dit artikel.

"K.B. 27.3.2012" (in werking 1.6.2012)

Voor de in het zesde lid bedoelde gevallen en met uitzondering van de verstrekkingen in § 1, 1°, VI en VII en § 1, 2°, VI, moeten in afwijking van het derde lid, de relevante elementen van de planning en evaluatie van de verzorging vermeld in het tweede lid minimaal wekelijks worden opgenomen in het verpleegdossier.

Voor deze paragraaf is een week een periode van maandag 0 uur tot zondag 24 uur.

De planning en evaluatie van de verzorging dient inhoudelijk te beantwoorden aan een richtlijn die op voorstel van de Overeenkomstencommissie verpleegkundigen-verzekeringsinstellingen door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging wordt vastgelegd.

De opmaak van het verpleegdossier is niet gebonden aan vormvereisten (mag eventueel een geautomatiseerd bestand zijn).

Onverminderd de bewaringstermijnen die door andere wetgevingen zijn opgelegd, moet het verpleegdossier gedurende ten minste vijf jaar worden bewaard."

"K.B. 27.3.2012" (in werking 1.6.2012) + "K.B. 22.11.2013" (in werking 1.1.2014) + "K.B. 3.10.2022" (in werking 1.12.2022) + "K.B. 11.10.2023" (in werking 1.12.2023)

"Indien het verpleegdossier van eenzelfde rechthebbende door verschillende beoefenaars van de verpleegkunde samen wordt bijgehouden, is elke beoefenaar van de verpleegkunde verantwoordelijk voor het bijhouden van de elementen uit het dossier die verband houden met de door hem verleende verzorging."

"K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014)

"3° De basisverstrekkingen bedoeld in rubriek I, A van § 1, 1°, 2°, 3°, 3° bis en 4° mogen slechts aangerekend worden als men terzelfdertijd hetzij één of meer technische verpleegkundige verstrekkingen, bedoeld in rubriek I, B van § 1, 1°, 2°, 3°, 3° bis en 4° met uitzondering van de verstrekkingen 424395, 424690, 427991 en 424852, hetzij één of meer specifieke verpleegkundige verstrekkingen, bedoeld in rubriek III van § 1, 1°, 2°, 3° en 3° bis attesteert.

"K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014) + "K.B. 3.10.2022" (in werking 1.12.2022)

"4° Onverminderd de bepalingen van § 6 mogen de verstrekkingen 425110, 423054, 423076, 423091, 424255, 424270, 424292, 424314, 424933, 424395, 425176, 425191, 425213, 425515, 423253, 423275, 423290, 424410, 424432, 424454, 424476, 424955, 425574, 425596, 425611, 425913, 423356, 423371, 423393, 424550, 424572, 424594, 424616, 424970, 424690, 425972, 425994, 426016, 427755, 427770, 427792, 427814, 427836, 427851, 427873, 427895, 427910, 427991, 429030, 429052, 429074, 423430, 423452, 423474, 424712, 424734, 424756, 424771, 424992, 424852, 426370, 426392 en 426414 slechts éénmaal per verzorgingszitting worden geattesteerd."

"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) + "K.B. 22.11.2013" (in werking 1.1.2014)

"5° De verzorging mag door de beoefenaar van de verpleegkunde enkel over verschillende verzorgingszittingen gespreid worden om medische redenen, vermeld op het voorschrift. "

"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) + "K.B. 17.9.2005" (in werking 1.10.2005) + "K.B. 22.11.2013" (in werking 1.1.2014)

"6° Voor eenzelfde rechthebbende mag de som van de honoraria voor de verschillende verpleegkundige verstrekkingen per verzorgingsdag, ongeacht het feit of zij tijdens meerdere verzorgingszittingen of door verschillende beoefenaars van de verpleegkunde werden verleend, volgende waarden niet overschrijden :"

"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) + "K.B. 17.9.2005" (in werking 1.10.2005)

"a) voor de verstrekkingen bedoeld in de rubrieken I, A en I, B van § 1, 1°, geldt een dagplafond van W 3,825;

b) voor de verstrekkingen bedoeld in de rubrieken I, A en I, B van § 1, 2°, geldt een dagplafond van W 5,710;

c) voor de verstrekkingen bedoeld in de rubrieken I, A en I, B van § 1, 3°, geldt een dagplafond van W 3,605;"

"K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014)

"d) voor de verstrekkingen bedoeld in de rubrieken I, A en I, B van § 1, 3°bis, geldt een dagplafond van W 3,605;"

"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) + "K.B. 17.9.2005" (in werking 1.10.2005) + "K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014)

"e) voor de verstrekkingen bedoeld in de rubrieken I, A en I, B van § 1, 4°, geldt een dagplafond van W 3,605."

"K.B. 11.6.2003" (in werking 1.7.2003) + "K.B. 27.3.2012" (in werking 1.6.2012)+ "K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014) + "K.B. 3.10.2022" (in werking 1.12.2022)
"Bij het bepalen van de waarden in het vorige lid wordt geen rekening gehouden met de verstrekkingen 424395, 424690, 427991, 424852, 429295, 429413, 429516, 429612, 429715, 429310, 429435, 429531, 429634, 429730, 429332, 429450, 429553, 429656, 429752, en 424874."

"K.B. 27.3.2012" (in werking 1.6.2012)

"§ 4bis Nadere bepalingen inzake de verstrekkingen in rubriek VII van § 1, 1° :

De verstrekking 429015 omvat de bepaling van de verpleegkundige gezondheidsproblemen van de patiënt en het formuleren van de zorgdoelen in overleg met de patiënt of zijn onmiddellijke omgeving. De verpleegkundige gezondheidsproblemen en de zorgdoelen worden opgenomen in een verslag dat bij het verpleegdossier wordt gevoegd."

"K.B. 27.3.2012" (in werking 1.6.2012) + "K.B. 22.11.2013" (in werking 1.1.2014)
+ "K.B. 10.1.2021" (in werking 1.4.2021)

"Op vraag van de behandelende arts bezorgt de beoefenaar van de verpleegkunde hem een kopie van het verslag van dit verpleegkundig consult."

"K.B. 27.3.2012" (in werking 1.6.2012)

"De verstrekking 424896 kan enkel geattesteerd worden voor de verzorging van personen die een inadequate therapietrouw vertonen vanwege dementie, vanwege een niet gecorrigeerd visueel gebrek, vanwege tijdelijke of definitieve motorische gebreken van een of beide bovenste ledematen of van personen die een complexe medicatie moeten innemen. De complexe medicatie omvat de inname van minimum 5 verschillende moleculen per dag verdeeld over minimum 3 innames per dag. Voor de bepaling van de minima in de vorige zin wordt rekening gehouden met de geneesmiddelen die de patiënt neemt zoals beschreven in artikel 1 van de wet op de geneesmiddelen van 25 maart 1964 en die integreerbaar zijn in een medicatiedoos, pillendoos of een equivalent recipiënt voor een week.

De verstrekking 424896 omvat de intellectuele acte voor de wekelijkse voorbereiding van geneesmiddelen per os.

Die acte omvat het opstellen van een verpleegkundige diagnostiek en het overleg met de behandelend arts. Die acte wordt afgerond met het opstellen van een document dat de noodzaak voor de verpleegkundige tenlasteneming van de wekelijkse voorbereiding van de geneesmiddelen per os motiveert en het bezorgen van dit document voor akkoord aan de behandelend arts. Het model van dat document wordt door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging vastgelegd op voorstel van de Overeenkomstencommissie verpleegkundigen-verzekeringsinstellingen.

Indien de arts, door de ondertekening van het document, akkoord gaat met de verpleegkundige tenlasteneming van de voorbereiding van de geneesmiddelen per os, kan de verstrekking 424896 worden geattesteerd. Het ondertekend document wordt in het verpleegdossier opgenomen."

"K.B. 27.3.2012" (in werking 1.6.2012) + "K.B. 22.11.2013" (in werking 1.1.2014)

"De verstrekking 429015 kan geattesteerd worden door een beoefenaar van de verpleegkunde voor iedere patiënt bij wie op zijn minst tweemaal per week hygiënische verzorging wordt verleend en voor zover de hygiënische verzorging wordt verleend gedurende een ononderbroken periode van 28 dagen, die start op de dag van de eerste hygiënische verzorging. Deze verstrekking kan slechts geattesteerd worden vanaf het bereiken van deze 28 dagen.

De verstrekking 429015 kan geattesteerd worden door een beoefenaar van de verpleegkunde voor iedere palliatieve patiënt bij wie op zijn minst tweemaal per week hygiënische verzorging wordt verleend. In dit geval, kan deze verstrekking geattesteerd worden vanaf de dag van de eerste hygiënische verzorging."

"K.B. 27.3.2012" (in werking 1.6.2012)

"De verstrekking 424896 kan niet geattesteerd worden bij patiënten waarbij de verstrekkingen van § 1, 1°, II en IV geattesteerd worden.

De verstrekkingen 429015 en 424896 kunnen slechts maximum eenmaal per patiënt en per kalenderjaar geattesteerd worden.

De verstrekkingen 429015 en 424896 kunnen gedurende eenzelfde zitting met alle verstrekkingen van artikel 8 worden gecumuleerd, behoudens de uitzonderingen vermeld in deze paragraaf.

Het verslag voor de verstrekking 429015 moet beantwoorden aan een richtlijn die op voorstel van de Overeenkomstencommissie verpleegkundigen - verzekeringsinstellingen door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging wordt vastgelegd."

"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) + "K.B. 12.9.2001" (in werking 1.10.2001) + "K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014)

"§ 5. Nadere bepalingen inzake de forfaitaire honoraria bedoeld in rubriek II van § 1, 1°, 2°, 3° en 3°bis en in rubriek IV van § 1, 1° en 2°:"

"K.B. 13.10.2004" (in werking 1.1.2005) + "K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014)

"1° De fysieke afhankelijkheidsstoestand, bedoeld in rubriek II van § 1, 1°, 2°, 3° en 3°bis en in rubriek IV van § 1, 1° en 2°, wordt geëvalueerd op basis van de hierna vermelde evaluatieschaal :"

"K.B. 13.10.2004" (in werking 1.1.2005)

"a) Zich wassen :

- (1) Kan zichzelf helemaal wassen zonder enige hulp;
- (2) Heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te wassen boven of onder de gordel;
- (3) Heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te wassen zowel boven als onder de gordel;
- (4) Moet volledig worden geholpen om zich te wassen zowel boven als onder de gordel.

b) Zich kleden:

- (1) Kan zich helemaal aan- en uitkleden zonder enige hulp;
- (2) Heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te kleden boven of onder de gordel (zonder rekening te houden met de veters);
- (3) Heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te kleden zowel boven als onder de gordel;
- (4) Moet volledig worden geholpen om zich te kleden zowel boven als onder de gordel."

"K.B. 13.10.2004" (in werking 1.1.2005) + Erratum B.S. 17.11.2004

"c) Transfer en verplaatsingen:

- (1) Is zelfstandig voor de transfer en kan zich volledig zelfstandig verplaatsen zonder mechanisch(e) hulpmiddel(en) of hulp van derden;
- (2) Is zelfstandig voor de transfer en voor zijn verplaatsingen, mits het gebruik van mechanisch(e) hulpmiddel(en) (kruk(ken), rolstoel, ...);
- (3) Heeft volstrekte hulp van derden nodig voor minstens één van de transfers en/of zijn verplaatsingen;
- (4) Is bedlegerig of zit in een rolstoel en is volledig afhankelijk van anderen om zich te verplaatsen. "

"K.B. 25.10.2006" (in werking 1.1.2007)

"d) Toiletbezoek

- (1) Kan alleen naar het toilet gaan, zich kleden en zich reinigen;
- (2) Heeft hulp nodig voor één van de drie items : zich verplaatsen of zich kleden of zich reinigen;
- (3) Heeft hulp nodig voor twee van de drie items : zich verplaatsen en/of zich kleden en/of zich reinigen;
- (4) Heeft hulp nodig voor de drie items : zich verplaatsen en zich kleden en zich reinigen"

"K.B. 13.10.2004" (in werking 1.1.2005)

"e) Continentie :

- (1) Is continent voor urine en faeces;
- (2) Is accidenteel incontinent voor urine of faeces (inclusief blaassonde of kunstaars);
- (3) Is incontinent voor urine (inclusief mictietraining) of voor faeces;
- (4) Is incontinent voor urine en faeces.

f) Eten :

- (1) Kan alleen eten en drinken;
- (2) Heeft vooraf hulp nodig om te eten of te drinken;
- (3) Heeft gedeeltelijke hulp nodig tijdens het eten of drinken;
- (4) De patiënt is volledig afhankelijk om te eten of te drinken."

"K.B. 25.4.2004" (in werking 1.6.2004) + "K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014)

"2° De forfaitaire honoraria, bedoeld in rubriek II van § 1, 1°, 2°, 3° en 3°bis, vergoeden op forfaitaire wijze volgende verstrekkingen verleend tijdens een zelfde verzorgingsdag :

a) de basisverstrekkingen, bedoeld in rubriek I, A van §1, 1°, 2°, 3°, 3°bis en 4°;"

"K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014) + "K.B. 3.10.2022" (in werking 1.12.2022)

"b) de technische verpleegkundige verstrekkingen, bedoeld in rubriek I, B van § 1, 1°, 2°, 3°, 3°bis en 4°, met uitzondering van de verstrekkingen 424395, 424690, 427991, 424852, 429295, 429413, 429516, 429612, 429715, 429310, 429435, 429531, 429634, 429730, 429332, 429450, 429553, 429656 en 429752 ;"

"K.B. 25.4.2004" (in werking 1.6.2004) + "K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014) + "K.B. 10.1.2021" (in werking 1.4.2021)

"c) alle technische verpleegkundige aktes vermeld in bijlage 1 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 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, die niet opgenomen zijn in de rubrieken I, B met uitsluiting van de specifieke technische verstrekkingen bedoeld in rubriek III van § 1, 1°, 2°, 3° en 3°bis.

"K.B. 25.4.2004" (in werking 1.6.2004) + "K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014)
"De forfaitaire honoraria voor diabetespatiënten bedoeld in rubriek VI van § 1, 1° en 2° mogen gecumuleerd worden met de forfaitaire honoraria voor zwaar zorgafhankelijke patiënten bedoeld in rubriek II van § 1, 1°, 2°, 3° en 3°bis."

"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) + "K.B. 12.9.2001" (in werking 1.10.2001) + "K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014)
"3° De forfaitaire honoraria bedoeld in rubriek II van § 1, 1°, 2°, 3° en 3°bis, en in rubriek IV van § 1, 1° en 2° mogen slechts worden aangerekend mits aan volgende voorwaarden wordt voldaan :"

"K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014)

"a) bij iedere rechthebbende waarvoor een forfaitair honorarium bedoeld in rubriek II van § 1, 1°, 2°, 3° en 3°bis, en in rubriek IV van § 1, 1° en 2° wordt aangerekend, wordt per verzorgingsdag een toilet (verstrekking 425110, 425515, 425913 of 427755) uitgevoerd behalve voor de forfaitaire honoraria PP;"

"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) + "K.B. 12.9.2001" (in werking 1.10.2001) + "K.B. 22.11.2013" (in werking 1.1.2014)
"b) de beoefenaar van de verpleegkunde houdt een dossier bij dat voldoet aan de bepalingen van § 4, 2° ;"

"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) + "K.B. 8.7.1997" (in werking 1.10.1997)
"c) voor elk aangerekend forfait moeten, benevens het nomenclatuurnummer van het forfait, meerdere van de volgende pseudocodenummers worden vermeld die overeenstemmen met de verstrekkingen die tijdens de verzorgingsdag zijn verleend:"

"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) + "K.B. 8.7.1997" (in werking 1.10.1997) + "K.B. 11.6.2003" (in werking 1.7.2003) + "K.B. 3.8.2007" (in werking 1.10.2007) + "K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014) + "K.B. 25.3.2018" (in werking 1.6.2018) + "K.B. 3.10.2022" (in werking 1.12.2022) + "K.B. 11.10.2023" (in werking 1.12.2023)

"

"Verstrekking	Pseudo-code	Aantal	RIZIV- nr. Verstrekker
1 ^{ste} basisverstrekking	426635		
2 ^{de} basisverstrekking	426650		
3 ^{de} basisverstrekking	426672		
4 ^{de} basisverstrekking	426694		
5 ^{de} basisverstrekking	426716		
425110, 425515, 425913 of 427755	426731		
423054, 423076, 423091, 423253, 423275, 423290, 423356, 423371, 423393 of 427770, 427792, 427814	426753		
424255, 424410, 424550 of 427836	427210		
424270, 424432, 424572 of 427851	427232		
424292, 424454, 424594 of 427873	427254		
424314, 424476, 424616 of 427895	427276		
424933, 424955, 424970 of 427910	426974		
424336, 424491, 424631 of 427932	427291		
424351, 424513, 424653 of 427954	427313		
429354, 429472, 429575 of 429671	429870		
429376, 429590 of 429693	429892		
424373, 424535, 424675 of 427976	427335		
425176, 425574, 425972 of 429030	426790		
425191, 425596, 425994 of 429052	426812		
425213, 425611, 426016 of 429074	426834		
425736, 425751 of 425073	428013		
Vorbereiden van medicatie	426576		
verstrekkingen vermeld in het K.B. van 18/06/90 die niet opgenomen zijn in de rubrieken I, B en III van § 1, 1°, 2°, 3° en 3°bis	426856		

"

"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) + "K.B. 12.9.2001" (in werking 1.10.2001) + "K.B. 13.11.2023" (in werking 1.1.2024)

"d) d) opdat het forfait C of PC mag worden aangerekend, moeten er ten minste twee bezoeken per verzorgingsdag zijn, met uitzondering van de dag van opname in een verzorgingsinstelling of het overlijden van de patiënt; op die dag moet minstens 1 bezoek plaatsvinden."

"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) + "K.B. 12.9.2001" (in werking 1.10.2001) + "K.B. 22.11.2013" (in werking 1.1.2014) + "K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014) + "K.B. 7.5.2017" (in werking 1.7.2017)

"4° Het forfaitair honorarium bedoeld in rubriek II van § 1, 1°, 2°, 3° en 3°bis wordt geattesteerd door de beoefenaar van de verpleegkunde die de eerste verstrekking van de verzorgingsdag verleent."

"K.B. 7.5.2017" (in werking 1.7.2017)

"Het forfaitair honorarium bedoeld in rubriek IV van § 1, 1° en 2° wordt, indien het eerste bezoek niet door de gegradueerde verpleegkundige of met deze gelijkgestelde, de vroedvrouw of de verpleegkundige met brevet werd uitgevoerd, geattesteerd door de gegradueerde verpleegkundige of met deze gelijkgestelde, de vroedvrouw of de verpleegkundige met brevet die effectief zorg heeft verleend gedurende een van de verzorgingszittingen tijdens dezelfde verzorgingsdag."

"K.B. 12.9.2001" (in werking 1.10.2001)

"§ 5bis. Nadere bijkomende bepalingen inzake de honoraria bedoeld in rubriek IV en V van § 1, 1° en 2° :

1° Onder "palliatieve patiënt" in de zin van dit artikel moet worden verstaan de rechthebbende aan wie de forfaitaire tegemoetkoming, bedoeld in artikel 2 van het koninklijk besluit van 2 december 1999 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor geneesmiddelen, verzorgingsmiddelen en hulpmiddelen voor palliatieve thuispatiënten, bedoeld in artikel 34, 14°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 werd toegekend."

"K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014) + "K.B. 13.11.2023" (in werking 1.1.2024)

"2° De verstrekkingen 427011, 427092, 427033, 427114, 427055, 427136, 427173, 427195, 427070 en 427151 mogen slechts éénmaal per verzorgingsdag geattesteerd worden door een gegradueerde verpleegkundige of met deze gelijkgestelde, een vroedvrouw of een verpleegkundige met brevet, en enkel voor de dagen dat er effectief verpleegkundige zorg werd verleend en op voorwaarde dat deze gegradueerde verpleegkundige of met deze gelijkgestelde, deze vroedvrouw of deze verpleegkundige met brevet effectief zorg heeft verleend gedurende een van de verzorgingszittingen tijdens dezelfde verzorgingsdag. 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 ziekenhuisassistent of een verpleegassistent."

"K.B. 25.4.2004" (in werking 1.6.2004)

"3° De forfaitaire honoraria, bedoeld in rubriek IV van § 1, 1° en 2°, vergoeden op forfaitaire wijze volgende verstrekkingen verleend tijdens een zelfde verzorgingsdag :"

"K.B. 25.4.2004" (in werking 1.6.2004) + "K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014)

"a) de basisverstrekkingen, bedoeld in rubriek I, A van § 1, 1°, 2°, 3°, 3°bis en 4°;"

"K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014) + "K.B. 3.10.2022" (in werking 1.12.2022)

"b) de technische verpleegkundige verstrekkingen, bedoeld in rubriek I, B van § 1, 1°, 2°, 3°, 3°bis en 4°, met uitzondering van de verstrekkingen 424395, 424690, 427991, 424852, 429295, 429413, 429516, 429612, 429715, 429310, 429435, 429531, 429634, 429730, 429332, 429450, 429553, 429656 en 429752 ;"

"K.B. 25.4.2004" (in werking 1.6.2004) + "K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014) + "K.B. 10.1.2021" (in werking 1.4.2021)

"c) alle technische verpleegkundige aktes vermeld in bijlage 1 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 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, die niet opgenomen zijn in de rubrieken I, B met uitsluiting van de specifieke technische verstrekkingen bedoeld in rubriek III van § 1, 1°, 2°, 3° en 3°bis;"

"K.B. 25.4.2004" (in werking 1.6.2004)

"d) de forfaitaire honoraria voor verstrekkingen aan diabetespatiënten, met uitzondering van de verstrekkingen 423216, 423231 en 423334 van rubriek VI van § 1, 1° en 2°.

De supplementaire honoraria voor palliatieve patiënten, bedoeld in rubriek V van § 1, 1° en 2°, mogen gecumuleerd worden met de verstrekkingen uit rubriek I en III van § 1 en met de verstrekkingen 423216, 423231 en 423334 uit rubriek VI van § 1, 1° en 2°."

"K.B. 12.9.2001" (in werking 1.10.2001) + "K.B. 22.11.2013" (in werking 1.1.2014) + "K.B. 10.1.2021" (in werking 1.4.2021)

"4° De beoefenaar van de verpleegkunde moet kennisgeven van het aanrekenen van deze verstrekkingen bij de adviserend arts, overeenkomstig de bepalingen van § 7, 5° van dit artikel.

5° De forfaitaire en supplementaire honoraria bedoeld in rubrieken IV en V van § 1, 1° en 2° mogen slechts worden aangerekend op voorwaarde dat de beoefenaar van de verpleegkunde ."

"K.B. 12.9.2001" (in werking 1.10.2001)

"a) een permanente opvang van de patiënt garandeert (24 uur op 24, zeven dagen per week);

b) beroep kan doen op een referentieverpleegkundige met kennis van palliatieve verzorging;"

"K.B. 12.9.2001" (in werking 1.10.2001) + "K.B. 27.3.2012" (in werking 1.6.2012)

"c) het verpleegdossier bedoeld in § 4, 2°, inzonderheid met volgende gegevens aanvult :

- symptoomregistratie;
- pijnschaal;
- contacten met de familie van de patiënt;
- resultaat van coördinatievergaderingen."

"K.B. 12.9.2001" (in werking 1.10.2001)

"d) - in voorkomend geval voor elk aangerekend forfaitair honorarium, naast het nomenclatuurnummer en de pseudocodenummers in § 5, 3°, c), volgende pseudocodenummers vermeldt die overeenstemmen met de verstrekkingen die tijdens de verzorgingsdag zijn verleend, en

- in voorkomend geval voor elk aangerekend supplementair honorarium, naast het nomenclatuurnummer, volgende pseudocodenummers vermeldt die overeenstemmen met de verstrekkingen die tijdens de verzorgingsdag zijn verleend ."

"K.B. 12.9.2001" (in werking 1.10.2001) + "K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014)

"

Verstrekking	Pseudo-code	RIZIV-nr. verstrekker
dringend (niet gepland) bezoek overdag, op vraag van de patiënt	426510	
gepland bezoek 's nachts	426532	
dringend (niet gepland) bezoek 's nachts, op vraag van de patiënt	426554	
contact met referentieverpleegkundige	426871	
overlegvergadering met huisarts	426893	
contact met de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve zorg	426915	
bezoek zonder nomenclatuuracte	426930	
bezoek van minimum 1 uur (uitsluitend bij aanrekenen forfait PN)	426952	

"

"K.B. 12.9.2001" (in werking 1.10.2001)

"Wat deze pseudocodenummers betreft moet met "'s nachts" de periode tussen 21 uur en 8 uur worden verstaan. "

"K.B. 12.9.2001" (in werking 1.10.2001) + "K.B. 13.11.2023" (in werking 1.1.2024)

"6° Het forfaitair honorarium PC mag slechts worden aangerekend op dagen dat er ten minste twee bezoeken plaatsvinden, met uitzondering van de dag van opname in een verzorgingsinstelling of het overlijden van de patiënt; op die dag moet minstens 1 bezoek plaatsvinden."

"K.B. 12.9.2001" (in werking 1.10.2001) + "K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014) + "K.B. 10.1.2021" (in werking 1.4.2021)

"7° De supplementaire honoraria, bedoeld in rubriek V van § 1, 1° en 2° vergoeden tevens alle technische verpleegkundige prestaties vermeld in bijlage 1 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 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, die niet opgenomen zijn in de rubrieken I, B, met uitsluiting van de specifieke technische verstrekkingen bedoeld in rubriek III van § 1, 1°, 2°, 3° en 3°bis."

"K.B. 11.6.2003" (in werking 1.7.2003) + "K.B. 7.5.2017" (in werking 1.7.2017)

"§ 5ter . Nadere bepalingen inzake de honoraria bedoeld in rubriek VI van § 1, 1° en 2°:"

"K.B. 11.6.2003" (in werking 1.7.2003) + "K.B. 22.11.2013" (in werking 1.1.2014)

"1° Voor de toepassing van dit artikel wordt verstaan onder :

a) "diabetespatiënt" : rechthebbende bij wie de beoefenaar van de verpleegkunde na 1 april 2003 een chronische behandeling met dagelijkse insuline inspuiting opstart. Voor toepassing van de verstrekking 423231 en 423334 komen alle patiënten bij wie een beoefenaar van de verpleegkunde insuline inspuitingen verleent in aanmerking;

b) "vaste verpleegkundige" : de beoefenaar van de verpleegkunde die de patiënt doorgaans verzorgt en die het inspuiten van insuline verricht of de door hem aangeduide beoefenaar van de verpleegkunde die hem vervangt;

c) "referentieverpleegkundige inzake diabetes" : een beoefenaar van de verpleegkunde die beantwoordt aan de opleidingsvoorwaarden omschreven in een richtlijn die op voorstel van de Overeenkomstencommissie verpleegkundigen-verzekeringsinstellingen door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging wordt uitgevaardigd, en die als dusdanig ingeschreven is bij het RIZIV"

"K.B. 11.6.2003" (in werking 1.7.2003)

"2° De verstrekkingen 423135, 423150, 423172 en 423194 mogen slechts éénmaal per patiënt worden geattesteerd. Zij mogen niet geattesteerd worden in hoofde van patiënten bij wie de forfaitaire of supplementaire honoraria bedoeld in rubrieken IV en V van § 1, 1° of 2° worden aangerekend."

"K.B. 11.6.2003" (in werking 1.7.2003) + "K.B. 29.3.2006" (in werking 1.5.2006)
"3° De verstrekkingen 423150, 423172, 423194 en 423216 mogen niet worden aangerekend in hoofde van patiënten die rechthebbende zijn van een programma in het kader van de revalidatieovereenkomst inzake zelfregulatie van diabetes mellitus behalve indien ze tegelijkertijd beantwoorden aan de volgende voorwaarden :

- a) dat revalidatieprogramma gestart hebben na 1 januari 2006
- b) lijden aan Type 2 diabetes;
- c) 2 of meer insuline inspuitingen per dag krijgen;
- d) 2 glycemiedagcurven per week doen;
- e) zelfcontrole gebruiken om hun diabetes te bewaken, ontsparingen tijdig te zien en ze op te vangen;
- f) niet behoren tot de volgende patiëntengroepen : diabetespatiënten na een transplantatie, rechthebbenden die lijden aan organische hypoglycemiën (insulinoom, glycogenose), zwangerschapsdiabeticae of met insuline behandelde nierdialysepatiënten."

"K.B. 11.6.2003" (in werking 1.7.2003)

"4° Verstrekking 423135 kan enkel geattesteerd worden door de vaste verpleegkundige op voorwaarde dat:"

"K.B. 11.6.2003" (in werking 1.7.2003) + "K.B. 22.11.2013" (in werking 1.1.2014)

"- de beoefenaar van de verpleegkunde een specifiek verpleegdossier van de diabetische patiënt opmaakt en bijhoudt. Dit dossier maakt integrerend deel uit van het verpleegdossier bedoeld in § 4, 2°. Het dient inhoudelijk te beantwoorden aan een richtlijn die op voorstel van de Overeenkomstencommissie verpleegkundigen - verzekeringsinstellingen door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging wordt vastgelegd, en omvat tenminste volgende punten:"

"K.B. 11.6.2003" (in werking 1.7.2003)

"- de gestandaardiseerde verpleegkundige anamnese;
- verpleegproblemen en/of de verpleegkundige diagnoses;
- de concrete verpleegplanning, inclusief het voorgeschreven educatieprogramma en de verdere verpleegkundige opvolging van de patiënt; "

"K.B. 11.6.2003" (in werking 1.7.2003) + "K.B. 10.1.2021" (in werking 1.4.2021)

"- er voorafgaandelijk overleg plaatsvond met de behandelend arts (huisarts of arts-specialist) waarbij de doelstellingen van de verpleegkundige zorg inzake diabeteseducatie en opvolging worden besproken, en de arts beslist of hij al dan niet educatie tot zelfzorg of educatie tot inzicht voorschrijft. De doelstellingen worden vastgelegd in de verpleegplanning. "

"K.B. 11.6.2003" (in werking 1.7.2003)

"5° Verstrekking 423150 kan enkel verleend en geattesteerd worden door de referentieverpleegkundige inzake diabetes.
De verstrekking 423150 kan slechts geattesteerd worden op voorwaarde dat:

- zij in totaal tenminste vijf uur belooft, gespreid over zittingen van tenminste 30 minuten, die inhoudelijk beantwoorden aan een richtlijn die op voorstel van de Overeenkomstencommissie verpleegkundigen - verzekeringsinstellingen door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging wordt vastgelegd;
- het verpleegdossier van zowel de vaste verpleegkundige als de referentieverpleegkundige diabetes een verslag bevat van elke educatiezitting en een evaluatie van de resultaten;
- de resultaten van het educatieprogramma tot zelfzorg worden overgemaakt aan de behandelend arts.

6° Verstrekking 423172 kan slechts geattesteerd worden indien de vaste verpleegkundige tenminste twee educatiesessies van de verstrekking 423150 bijwoont, waaronder in ieder geval de laatste educatiesessie.

7° Verstrekking 423194 kan verleend en geattesteerd worden zowel door de referentieverpleegkundige inzake diabetes als door de vaste verpleegkundige.

De verstrekking 423194 kan slechts geattesteerd worden op voorwaarde dat:

- zij in totaal tenminste twee uur belooft, gespreid over zittingen van tenminste 30 minuten, die inhoudelijk beantwoorden aan een richtlijn die op voorstel van de Overeenkomstencommissie verpleegkundigen - verzekeringsinstellingen door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging wordt vastgelegd;
- het verpleegdossier een verslag bevat van elke zitting en een evaluatie van de resultaten. "

8° De verstrekking 423216 kan slechts twee maal per kalenderjaar worden geattesteerd, en enkel op voorwaarde dat er voorafgaandelijk:

"K.B. 11.6.2003" (in werking 1.7.2003) + "K.B. 10.1.2021" (in werking 1.4.2021)
- afspraken werden gemaakt met de behandelend arts (huisarts of arts-specialist) inzake de noodzakelijke verpleegkundige opvolging van de patiënt. De verpleegkundige opvolging wordt door de behandelend arts voorgeschreven. De verpleegplanning moet opgenomen worden in het specifiek verpleegdossier van de diabetische patiënt;

"K.B. 11.6.2003" (in werking 1.7.2003)

- een verstrekking 423150 werd aangerekend. "

9° De verstrekkingen 423231 en 423334 kunnen slechts geattesteerd worden op voorwaarde dat de verpleegkundige begeleiding verloopt volgens een door de behandelend arts goedgekeurd en geactualiseerd verpleegplan en dat beantwoordt aan een richtlijn die op voorstel van de Overeenkomstencommissie verpleegkundigen - verzekeringsinstellingen door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging wordt vastgelegd. Zij kunnen slechts éénmaal per dag aangerekend worden, en enkel op dagen dat er een insuline inspuiting plaatsvindt.

Nadat de verstrekkingen 423231 of 423334 werden geattesteerd, mag geen 423150 of 423216 meer worden aangerekend."

"K.B. 19.1.2011" (in werking 1.1.2010) + "K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014)

"§ 5quater

De verstrekkingen 428035, 428050, 428072 en 429273 kunnen geattesteerd worden voor het 3e, 4e en 5e bezoek bij eenzelfde patiënt op eenzelfde verzorgingsdag voor zwaar zorgafhankelijke patiënten die genieten van een verstrekking beschreven in § 1, 1°, II en IV, in § 1, 2°, II en IV en in § 1, 3° en 3°bis, II behalve van de verstrekkingen 427173 en 427195."

"K.B. 19.1.2011" (in werking 1.1.2010)

"Enkel de zorgverlener die het 3e of de volgende bezoeken effectief uitvoert, kan deze verstrekking aanrekenen. Deze verstrekking kan maximaal één keer per verzorgingsdag voor het 3e bezoek, maximaal één keer per verzorgingsdag voor het 4e bezoek en maximaal één keer per verzorgingsdag voor het 5e bezoek worden aangerekend."

"K.B. 8.7.1997" (in werking 1.6.1997) + "K.B. 18.7.2002" (in werking 1.10.2002) + "K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014)

"§ 6. Nadere bepalingen inzake de toiletten (verstrekkingen 425110, 425515, 425913 en 427755) :"

"K.B. 13.10.2004" (in werking 1.1.2005)

"1° Enkel de toiletten uitgevoerd bij rechthebbenden die ten minste score 2 behalen op het criterium « zich wassen » van de evaluatieschaal bedoeld in § 5, 1°, mogen worden aangerekend."

"K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014)

"2° De verstrekkingen 425110, 425515, 425913 of 427755 verricht bij rechthebbenden die niet beantwoorden aan de criteria bedoeld in rubriek II van § 1, 1°, 2°, 3° of 3°bis, en in rubriek IV van § 1, 1° en 2°, mogen slechts éénmaal per verzorgingsdag aangerekend worden."

"K.B. 8.7.1997" (in werking 1.6.1997) + "K.B. 18.7.2002" (in werking 1.10.2002) + "K.B. 11.6.2003" (in werking 1.7.2003) + "K.B. 13.10.2004" (in werking 1.1.2005) + "K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014)

"3° Bij rechthebbenden die minstens score 2 behalen op het criterium « zich wassen » van de evaluatieschaal bedoeld in § 5, 1° :

- mogen maximum twee toiletten per week aangerekend worden (425110, 425913 of 427755);
- mag geen toilet 425515 aangerekend worden."

"K.B. 11.6.2003" (in werking 1.7.2003) + "K.B. 13.10.2004" (in werking 1.1.2005) + "K.B. 25.10.2006" (in werking 1.1.2007)

"4° Voor de rechthebbenden:

- die scores van minimum 2 behalen voor de criteria "zich wassen" en "zich kleden" en een score van minimum 2 voor het criterium "continentie" als gevolg van de combinatie van nachtelijke urine-incontinentie en occasionele urine-incontinentie overdag of een score 3 of 4 voor het criterium "continentie" van de bedoelde evaluatieschaal, mag één toilet per dag worden aangerekend. In geval van de combinatie van nachtelijke urine-incontinentie en occasionele urine-incontinentie overdag wordt de observatie van die problematiek vermeld in het verpleegdossier en wordt de overeenkomstige verklaring op het formulier omschreven in § 7 aangekruist."

"K.B. 11.6.2003" (in werking 1.7.2003) + "K.B. 13.10.2004" (in werking 1.1.2005) + "K.B. 10.1.2021" (in werking 1.4.2021)

"- Die scores van minimum 2 behalen voor de criteria "zich wassen en zich kleden" van de bedoelde evaluatieschaal en die, op grond van een geneeskundig getuigschrift, door de behandelend arts opgemaakt overeenkomstig het model dat op voorstel van de Overeenkomstencommissie is vastgesteld door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, kunnen worden beschouwd als gedesorieënt in tijd en ruimte, mag één toilet per dag worden aangerekend;

"K.B. 11.6.2003" (in werking 1.7.2003) + "K.B. 13.10.2004" (in werking 1.1.2005)

"- Die scores van 4 behalen voor de criteria "zich wassen en zich kleden" van de bedoelde evaluatieschaal, mag één toilet per dag worden aangerekend."

"K.B. 8.7.1997" (in werking 1.6.1997) + "K.B. 22.11.2013" (in werking 1.1.2014) + "K.B. 10.1.2021" (in werking 1.4.2021)

"5° Zelfs indien de hygiënische verzorging door een arts werd voorgeschreven, mag zij slechts aangerekend worden indien de beoefenaar van de verpleegkunde vaststelt dat de rechthebbende beantwoordt aan de voor de betrokken verstrekking vereiste graad van afhankelijkheid."

"K.B. 8.7.1997" (in werking 1.6.1997) + "K.B. 12.9.2001" (in werking 1.10.2001) + "K.B. 18.7.2002" (in werking 1.10.2002) + "K.B. 22.11.2013" (in werking 1.1.2014) + "K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014) + "K.B. 10.1.2021" (in werking 1.4.2021)

"6° Indien de verstrekkingen 425110, 425515, 425913 en 427755 verleend worden aan rechthebbenden die niet beantwoorden aan de criteria voor het aanrekenen van de forfaitaire honoraria bedoeld in rubriek II van § 1, 1°, 2°, 3° en 3° bis, en in rubriek IV van § 1, 1° en 2°, stelt de beoefenaar van de verpleegkunde de adviserend arts hiervan in kennis overeenkomstig de kennisgevingsprocedure bedoeld in § 7."

"K.B. 8.7.1997" (in werking 1.6.1997)

"7° Wanneer in de loop van de week een wijziging van de fysieke afhankelijkheidsgraad van de rechthebbende het aantal per week aanrekenbare toiletten laat stijgen, wordt die aanpassing van de frequentie toegepast vanaf de week tijdens welke de wijziging zich heeft voorgedaan.

Wanneer in de loop van de week een wijziging van de fysieke afhankelijkheidsgraad van de rechthebbende een daling van het aantal per week aanrekenbare toiletten veroorzaakt, wordt die aanpassing van de frequentie toegepast vanaf de week die volgt op de week tijdens welke de wijziging zich heeft voorgedaan.

8° 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.

9° Voor de vaststelling van de wekelijkse frequentie van de toiletten strekt de week zich uit van maandag 0 uur tot zondag 24 uur."

"K.B. 8.7.1997" (in werking 1.6.1997) + "K.B. 10.1.2021" (in werking 1.4.2021)

De bepalingen van het K.B. 19.4.2014 zijn van toepassing op alle aanvragen en kennisgevingen die vanaf de datum van zijn inwerkingtreding (1.7.2014) bij de adviserend arts toekomen.

"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997)

"§ 7. Aanvraag- en kennisgevingsprocedure :"

"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) + "K.B. 25.4.2013" (in werking 1.7.2013) + "K.B. 10.1.2021" (in werking 1.4.2021)

"1° De fysieke afhankelijkheidsgraad van de rechthebbende wordt bevestigd in een elektronisch formulier, waarvan het model door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging wordt vastgesteld op voorstel van het Nationaal college van adviserend arts."

"K.B. 25.4.2013" (in werking 1.7.2013) + "K.B. 22.11.2013" (in werking 1.1.2014) + "K.B. 10.1.2021" (in werking 1.4.2021)

"2° Een elektronisch formulier tot staving van de aanvraag van forfaitaire honoraria per verzorgingsdag of van het uitvoeren van toiletten, wordt door de beoefenaar van de verpleegkunde ingevuld en moet uiterlijk binnen 10 kalenderdagen na de eerste dag van de behandeling via een elektronisch netwerk, bedoeld in artikel 159bis, § 1, 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, aan de adviserend arts worden bezorgd."

"K.B. 25.4.2013" (in werking 1.7.2013) + "K.B. 10.1.2021" (in werking 1.4.2021)

"Indien de termijn van 10 kalenderdagen niet in acht is genomen, is de verzekeringstegemoetkoming slechts verschuldigd voor verstrekkingen die verricht werden vanaf de dag na de verzending van het elektronisch formulier. Het verzendbewijs geldt als bewijs voor de datum van verzending. Bij het niet respecteren van de termijn van 10 kalenderdagen kan de adviserend arts niettemin beslissen om de verleende verzorging vanaf de eerste dag ten laste te nemen. Deze beslissing kan enkel worden genomen nadat de verstrekker schriftelijk een aanvaardbare motivering voor het laatsttijdig aanvragen of kennisgeven heeft overgemaakt."

"K.B. 25.4.2013" (in werking 1.7.2013) + "K.B. 19.4.2014" (in werking 1.7.2014)

"3° In dit elektronisch formulier wordt de periode vermeld tijdens welke de forfaitaire honoraria en/of de toiletten worden aangerekend. Deze periode mag niet langer duren dan 3 maanden. "

"K.B. 25.4.2013" (in werking 1.7.2013) + "K.B. 19.4.2014" (in werking 1.7.2014) + "K.B. 10.1.2021" (in werking 1.4.2021)

"Als de behandeling na de vermelde periode moet worden voortgezet, als ze de duur van 3 maanden overschrijdt, of in geval van wijzigingen in de fysieke afhankelijkheidsgraad van de rechthebbende, moet een nieuw elektronisch formulier worden ingevuld en onder dezelfde voorwaarden aan de adviserend arts worden bezorgd."

"K.B. 25.4.2013" (in werking 1.7.2013) + K.B. 10.1.2021" (in werking 1.4.2021)
"Een kopie van het oorspronkelijke geneeskundig getuigschrift of een nieuw geneeskundig getuigschrift, door de behandelend arts opgesteld en waarin de desoriëntatie in tijd en ruimte als bedoeld in § 6, 4°, wordt vastgesteld, moet worden bewaard in het verpleegdossier."

"K.B. 25.4.2013" (in werking 1.7.2013) + "K.B. 19.4.2014" (in werking 1.7.2014) + K.B. 10.1.2021" (in werking 1.4.2021)
"Behoudens verzet van de adviserend arts of van het Nationaal college van de adviserend artsen, is de verzekeringstegemoetkoming verschuldigd voor de verrichte verstrekkingen. Verzet van de adviserend arts of van het Nationaal college van adviserend artsen wordt per brief ter kennis gebracht aan de rechthebbende en elektronisch ter kennis gebracht aan de verpleegkundige. Dit verzet impliceert weigering van verzekeringstegemoetkoming voor alle verstrekkingen verricht vanaf en met inbegrip van de eerste dag van de behandeling waarop de kennisgeving of aanvraag zoals bedoeld in § 7, 2° van dit artikel slaat."

"K.B. 19.4.2014" (in werking 1.7.2014) + K.B. 10.1.2021" (in werking 1.4.2021)
"Wanneer de verzorging, gemeld aan de adviserend arts niet gestart wordt, onderbroken is voor een periode van meer dan of gelijk aan 10 kalenderdagen of stopt voor het einde van de periode vermeld in de kennisgeving of aanvraag, meldt de verpleegkundige dit via het elektronisch netwerk aan de adviserend arts binnen de 10 kalenderdagen vanaf de laatste verzorging of indien er geen verzorging was binnen een periode van 10 kalenderdagen, zodra hij kennis heeft van het feit dat de verzorging niet zal plaatsvinden."

"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) + "K.B. 8.7.1997" (in werking 1.6.1997) + "K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014) + K.B. 10.1.2021" (in werking 1.4.2021)
"4° De beslissing van de adviserend arts om hetzij het forfait C te vervangen door forfait B of forfait A, hetzij het forfait B te vervangen door forfait A, hetzij de in rubriek II van § 1, 1°, 2°, 3° en 3°bis bedoelde forfaitaire honoraria te vervangen door een vergoeding per verpleegkundige verzorgingszitting, blijft voor een periode van zes maanden geldig. Tijdens deze periode mag geen enkele nieuwe aanvraag wegens verergering van de afhankelijkheidsgraad worden ingediend, behalve ingeval van nieuwe geneeskundige indicatie gestaafd door een getuigschrift van de behandelend arts."

"K.B. 25.4.2013" (in werking 1.7.2013) + "K.B. 22.11.2013" (in werking 1.1.2014) + K.B. 10.1.2021" (in werking 1.4.2021)
"5° Een elektronisch formulier van het verlenen van de palliatieve zorg, bedoeld in de rubrieken IV en V van § 1, 1° en 2°, wordt door de beoefenaar van de verpleegkunde ingevuld en moet uiterlijk binnen 10 kalenderdagen na de eerste dag van de behandeling aan de adviserend arts van de verzekeringsinstelling waarbij de rechthebbende is aangesloten of ingeschreven, via een elektronisch netwerk, bedoeld in § 7, 2°, van dit artikel, verzonden worden."

"K.B. 25.4.2013" (in werking 1.7.2013)

"Het model van dit elektronisch formulier wordt door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging vastgesteld op voorstel van de Overeenkomstencommissie verpleegkundigen-verzekeringsinstellingen."

"K.B. 25.4.2013" (in werking 1.7.2013) + "K.B. 22.11.2013" (in werking 1.1.2014)

"De beoefenaar van de verpleegkunde die een dergelijk elektronisch formulier invult, dient er zich van te vergewissen dat de betrokken patiënt beantwoordt aan de definitie van § 5bis, 1°, van dit artikel."

"K.B. 25.4.2013" (in werking 1.7.2013) + K.B. 10.1.2021" (in werking 1.4.2021)

"Indien de termijn van 10 kalenderdagen niet in acht is genomen, is de verzekeringstegemoetkoming slechts verschuldigd voor verstrekkingen die verricht werden vanaf de dag na de verzending van het elektronisch formulier. Het verzendbericht geldt als bewijs voor de datum van verzending. Bij het niet respecteren van de termijn van 10 kalenderdagen kan de adviserend arts niettemin beslissen om de verleende verzorging vanaf de eerste dag ten laste te nemen. Deze beslissing kan enkel worden genomen nadat de verstrekker schriftelijk een aanvaardbare motivatie voor het laattijdig kennisgeven heeft overgemaakt.

Verzet van de adviserend arts impliceert weigering van verzekeringstegemoetkoming voor alle verstrekkingen verricht vanaf de datum van de kennisgeving van dit verzet aan de rechthebbende, en dit tot een eventuele andere beslissing. De poststempel geldt als bewijs voor de datum van de kennisgeving."

"K.B. 7.5.2017" (in werking 1.7.2017) + K.B. 10.1.2021" (in werking 1.4.2021)

"6° Een elektronisch formulier ter kennisgeving van de specifieke technische verpleegkundige verstrekkingen 425375, 425773, 426171 en 429155 wordt door de beoefenaar van de verpleegkunde ingevuld en moet uiterlijk binnen 10 kalenderdagen na de eerste dag van de behandeling aan de adviserend arts van de verzekeringsinstelling waarbij de rechthebbende is aangesloten of ingeschreven, via een elektronisch netwerk, bedoeld in § 7, 2°, van dit artikel, verzonden worden. "

"K.B. 7.5.2017" (in werking 1.7.2017)

In dit elektronisch formulier wordt de begindatum en de einddatum van de periode vermeld tijdens dewelke de specifieke technische verpleegkundige verstrekkingen worden aangerekend. Deze periode mag niet langer duren dan 12 maanden.

"K.B. 7.5.2017" (in werking 1.7.2017) + K.B. 10.1.2021" (in werking 1.4.2021)
"Indien de termijn van 10 kalenderdagen niet in acht is genomen, is de verzekeringstegemoetkoming slechts verschuldigd voor verstrekkingen die verricht werden vanaf de dag na de verzending van het elektronisch formulier. Het verzendbericht geldt als bewijs voor de datum van verzending. Bij het niet respecteren van de termijn van 10 kalenderdagen kan de adviserend arts niettemin beslissen om de verleende verzorging vanaf de eerste dag ten laste te nemen. Deze beslissing kan enkel worden genomen nadat de verstrekker schriftelijk een aanvaardbare motivatie voor het laattijdig kennisgeven heeft overgemaakt.

Verzet van de adviserend arts impliceert weigering van verzekeringstegemoetkoming voor alle verstrekkingen verricht vanaf de 3de werkdag na de datum van verzending van dit verzet via een brief geadresseerd aan de rechthebbende waarbij de poststempel geldt als bewijs, en dit tot een eventuele andere beslissing."

"K.B. 11.10.2023" (in werking 1.12.2023)

§ 8. Nadere bepalingen inzake wondzorg (verstrekkingen 424255, 424270, 424292, 424314, 424933, 429354, 424336, 424351, 429295, 429310, 429332, 424395, 429376, 424410, 424432, 424454, 424476, 424955, 429472, 424491, 424513, 429413, 429435, 429450, 424550, 424572, 424594, 424616, 424970, 429575, 424631, 424653, 429516, 429531, 429553, 424690, 429590, 427836, 427851, 427873, 427895, 427910, 429671, 427932, 427954, 429612, 429634, 429656, 427991, 429693, 424712, 424734, 424756, 424771, 424992, 429774, 424793, 424815, 429715, 429730, 429752, 424852 en 429796) :

1° Voor de toepassing van dit artikel wordt verstaan onder :

- "eenvoudige wondzorg" : alle wondzorg die niet onder het begrip "complexe wondzorg" valt. Het gaat om wonden waarvan het normale wondhelingsproces maximaal 14 dagen duurt, waaronder het aanbrengen van een verband op een eenvoudige wonde en het verwijderen van draadjes of nietjes ;

- "complexe wondzorg" : alle wondzorg van acute en chronische wonden die niet tot de eenvoudige wondzorg behoort, of wondzorg die geëvolueerd is van eenvoudige naar complexe wondzorg, met verantwoording in het verpleegdossier. Hiertoe behoren de wondzorg met wiek of drain en de verzorging van niet-geheelde stomata, maar de complexe wondzorg blijft niet tot deze lijst beperkt ;

- "vaste verpleegkundige" : de beoefenaar van de verpleegkunde die de patiënt doorgaans verzorgt of de door hem aangeduide beoefenaar van de verpleegkunde die hem vervangt ;

- "referentieverpleegkundige inzake wondzorg" : een beoefenaar van de verpleegkunde die beantwoordt aan de opleidingsvoorwaarden die zijn opgesteld door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging overeenkomstig artikel 22, 11° van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en die als dusdanig erkend is door het RIZIV.

Wondzorg die door de rechthebbende zelf of door de mantelzorg kan worden uitgevoerd, of die aan de rechthebbende of aan de mantelzorg kan worden aangeleerd, mag niet worden aangerekend.

2° De verstrekkingen 424255, 424410, 424550, 427836 en 424712 dekken de observatie, raadpleging, evaluatie en controle van de staat van het verband alsook het opvolgen van relevante parameters zoals pijn en bijkomende problemen door de beoefenaar van de verpleegkunde. Deze verstrekkingen kunnen op dezelfde dag gecumuleerd worden met andere technische verstrekkingen uit rubrieken I, A en B van art. 8, § 1, 1°, 2°, 3°, 3bis en 4°.

Zij mogen in hoofde van een zelfde rechthebbende patiënt maximaal tien maal worden aangerekend in de periode van eenvoudige wondzorg en twintig maal per kalendermaand in het kader van complexe wondzorg.

Het vervangen van verbanden maakt onderdeel uit van de verstrekkingen 424336, 424491, 424631, 427932, 424793 of 424351, 424513, 424653, 427954, 424815, 429295, 429413, 429516, 429612, 429715, 429310, 429435, 429531, 429634, 429730, 429332, 429450, 429553, 429656 en 429752.

3° Voor zover de verstrekkingen 424270, 424432, 424572, 427851 en 424734 het aanbrengen van zalf of van een geneeskrachtig product omvatten, mogen zij slechts geattesteerd worden bij verzorging van de volgende huidaandoeningen:

- zona ;
- eczema ;
- psoriasis ;
- wratten ;
- dermatomycoses ;
- andere huidletsels die volgens de voorschrijvend arts een uitvoerige eenvoudige wondzorg rechtvaardigen.

Zij mogen niet worden geattesteerd voor het aanbrengen van een hydraterende zalf om doorligwonden te voorkomen.

4° De verstrekkingen 424292, 424454, 424594, 427873, 424756 mogen slechts worden aangerekend in de periode van dertig dagen die een aanvang neemt op de dag dat een heelkundige ingreep uit artikel 14, h), van deze bijlage (verstrekkingen die tot het specialisme oftalmologie behoren) werd verricht.

5° De verstrekkingen 429354, 429472, 429575, 429671 en 429774 kunnen worden aangerekend in het kader van de verzorging van een geheelde stoma, zonder dat wondzorg noodzakelijk is . Deze zorg kan op dezelfde dag gecumuleerd worden met andere technische verstrekkingen uit rubrieken I, A en B van art. 8, § 1, 1°, 2°, 3°, 3bis en 4°.

6° De verstrekkingen 424336, 424491, 424631, 427932, 424793, 424351, 424513, 424653, 427954, 424815, 429295, 429413, 429516, 429612, 429715, 429310, 429435, 429531, 429634, 429730, 429332, 429450, 429553, 429656 en 429752 mogen enkel aangerekend worden indien een verpleegdossier inzake wondzorg wordt opgemaakt en bijgehouden. Dit dossier maakt integrerend deel uit van het verpleegkundig dossier bedoeld in § 4, 2°. Het dient inhoudelijk te beantwoorden aan de voorwaarden die zijn opgesteld door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging overeenkomstig artikel 22, 11° van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

7° Bij het begin van de behandeling moet een mededeling aan de arts(en) betrokken bij de wondzorg worden gedaan. Deze mededeling kan elektronisch gebeuren, moet binnen de 5 dagen volgend op de eerste verzorgingszitting worden verstuurd en moet verificerbaar zijn in geval van controle (geen mondelinge of telefonische kennisgeving). De foto die bij aanvang van de wondzorg aan het verpleegdossier wordt toegevoegd, wordt ook ter beschikking gesteld van de arts(en) betrokken bij de wondzorg.

De in dit punt 7° bedoelde 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.

De verstrekkingen eenvoudige wondzorg 424336, 424491, 424631, 427932, 424793 kunnen gedurende een periode van maximaal 14 opeenvolgende dagen na de eerste verzorgingszitting van de betrokken wonde worden aangerekend.

Een eenmalige verlenging van 7 dagen is mogelijk en vereist een mededeling aan de arts(en) die bij de wondzorg betrokken is (zijn), waarbij een nieuwe foto van de wonde ter beschikking wordt gesteld. Deze mededeling kan elektronisch gebeuren en moet verificerbaar zijn in geval van controle (geen mondelinge of telefonische kennisgeving).

Na 21 dagen wordt de eenvoudige wondzorg een complexe wondzorg en wordt een nieuwe foto aan het dossier toegevoegd.

Alle aan het verpleegdossier toegevoegde foto's dienen te beantwoorden aan de voorwaarden die zijn opgesteld door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging overeenkomstig artikel 22, 11° van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

8° De verstrekkingen 424395, 424690, 427991 en 424852 kunnen enkel geattesteerd worden door een referentieverpleegkundige inzake wondzorg. Deze verstrekkingen kunnen éénmaal per verzorgingsdag aangerekend worden, maximaal twintig maal per patiënt per kalenderjaar en maximaal tien maal per kalenderjaar per wondzorg.

De referentieverpleegkundige die het advies geeft, mag niet de vaste verpleegkundige van de patiënt zijn. Indien de vaste verpleegkundige ook een referentieverpleegkundige wondzorg is, moet het advies worden gegeven en aangerekend door een andere referentieverpleegkundige.

De verstrekkingen 424395, 424690, 427991 en 424852 dekken alle componenten van de basisverstrekking zoals opgesomd in § 4, 1° en mogen tijdens eenzelfde zitting niet gecumuleerd worden met een basisverstrekking, tenzij tijdens deze zitting eveneens hetzij één of meer technische verpleegkundige verstrekkingen, bedoeld in rubriek I, B van § 1, 1°, 2°, 3°, 3°bis en 4° (met uitzondering van de verstrekkingen 424395, 424690, 427991 en 424852), hetzij één of meer specifieke verpleegkundige verstrekkingen, bedoeld in rubriek III van § 1, 1°, 2°, 3° en 3°bis worden aangerekend.

Deze verstrekkingen dekken het bezoek, het toezicht, de verbandwissel en het advies verleend door een referentieverpleegkundige inzake wondzorg, op vraag van de vaste verpleegkundige, een arts betrokken bij de wondzorg of de patiënt. Aanwezigheid van de aanvragende beoefenaar van de verpleegkunde wordt aangeraden. De referentieverpleegkundige inzake wondzorg brengt aan de arts die de wondzorg superviseert schriftelijk verslag uit over de evolutie van de wonde. Een kopie van dit verslag dient bewaard te worden in het verpleegdossier van de referentieverpleegkundige en in het verpleegdossier inzake wondzorg van de aanvragende beoefenaar van de verpleegkunde.

Uiterlijk 6 weken na het verlenen van de eerste verstrekking wondzorg (eenvoudige of complexe) dient een advies van de arts die de wondzorg superviseert te worden gevraagd of dient de verstrekking 424395, 424690, 427991 of 424852 te worden verricht op verzoek van de vaste verpleegkundige, een arts betrokken bij de wondzorg of de patiënt.

Ten laatste na elke periode van zes weken behandeling van de wonde, indien een status-quo (die niet voldoet aan de doelstelling van de zorgen) of een verslechtering van de wonde wordt vastgesteld t.o.v. het vorige advies, dient een advies van de arts die de wondzorg superviseert te worden gevraagd of dient de verstrekking 424395, 424690, 427991 of 424852 te worden verricht op verzoek van de vaste verpleegkundige, een arts betrokken bij de wondzorg of de patiënt.

De verstrekkingen 424395, 424690, 427991 en 424852 mogen niet worden aangerekend in de praktijkkamer van de beoefenaar van de verpleegkunde in een ziekenhuis of polikliniek buiten een ziekenhuiscampus bij artsen-specialist(en).

9° De verstrekkingen 429376, 429590, 429693 en 429796 mogen door de vaste verpleegkundige van de patiënt worden aangerekend tijdens de zitting waarbij een verstrekking 424395, 424690, 427991 of 424852 werd uitgevoerd door de referentieverpleegkundige inzake wondzorg.

10° De verstrekkingen 424270, 424432, 424572, 427851, 424734, 424292, 424454, 424594, 427873, 424756, 424314, 424476, 424616, 427895, 424771 424933, 424955, 424970, 427910 en 424992 mogen tijdens een zelfde zitting niet gecumuleerd worden met enige andere verstrekking van dit artikel, behoudens een basisverstrekking.

De verstrekkingen 424336, 424491, 424631, 427932, 424793, 424351, 424513, 424653, 427954, 424815, 429295, 429413, 429516, 429612, 429715, 429310, 429435, 429531, 429634, 429730, 429332, 429450, 429553, 429656 en 429752 mogen tijdens een zelfde zitting niet gecumuleerd worden met de verstrekkingen 424395, 424690, 427991, 424852.

11° De bijkomende verstrekkingen 429295, 429413, 429516, 429612 en 429715 kunnen maximum eenmaal per verzorgingsdag worden aangerekend bovenop de verstrekking complexe wondzorg, indien het geheel van complexe wondzorg tijdens de verzorgingsdag tussen 30 en 59 minuten duurt.

De bijkomende verstrekkingen 429310, 429435, 429531, 429634 en 429730 kunnen maximum eenmaal per verzorgingsdag worden aangerekend bovenop de verstrekking complexe wondzorg, indien het geheel van complexe wondzorg tijdens de verzorgingsdag tussen 60 en 89 minuten duurt.

De bijkomende verstrekkingen 429332, 429450, 429553, 429656 en 429752 kunnen maximum eenmaal per verzorgingsdag worden aangerekend bovenop de verstrekking complexe wondzorg, indien het geheel van complexe wondzorg tijdens de verzorgingsdag langer dan 89 minuten duurt.

De bijkomende verstrekkingen 429295, 429413, 429516, 429612, 429715, 429310, 429435, 429531, 429634, 429730, 429332, 429450, 429553, 429656 en 429752 kunnen onderling niet worden gecumuleerd tijdens eenzelfde verzorgingsdag.

12° Een elektronisch formulier ter melding van de bijkomende verstrekkingen complexe wondzorg 429295, 429413, 429516, 429612, 429715, 429310, 429435, 429531, 429634, 429730, 429332, 429450, 429553, 429656 en 429752 wordt door de beoefenaar van de verpleegkunde ingevuld en moet uiterlijk binnen 10 kalenderdagen na de eerste dag van de behandeling via een elektronisch netwerk, bedoeld in § 7, 2° van het huidige artikel, aan de adviserend arts worden bezorgd.

Het model van dit elektronisch formulier wordt door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging opgesteld overeenkomstig artikel 22, 11° van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Dit elektronisch formulier bevat de startdatum van de periode waarin de bijkomende verstrekkingen complexe wondzorg van meer dan 30 minuten zullen worden aangerekend. Het bevat ook de verwachte duur van de zorg en de rechtvaardiging voor de behandeling van de wond(en): localisatie van de wonde, type wonde, frequentie van de behandeling per verzorgingsdag.

De behandelperiode gedekt door het formulier mag de duur van drie maanden niet overschrijden.

Indien de termijn van 10 kalenderdagen niet in acht is genomen, is de verzekeringstegemoetkoming slechts verschuldigd voor de bijkomende verstrekkingen die verricht werden vanaf de dag na de verzending van het elektronisch formulier. Het verzendbewijs geldt als bewijs voor de datum van verzending. Bij het niet respecteren van de termijn van 10 kalenderdagen kan de adviserend arts niettemin beslissen om de verleende verzorging vanaf de eerste dag ten laste te nemen. Deze beslissing kan enkel worden genomen nadat de verstrekker schriftelijk een aanvaardbare motivering voor het laattijdig aanvragen of kennisgeven heeft overgemaakt.

Behoudens verzet van de adviserend arts is de verzekeringstegemoetkoming verschuldigd voor de verrichte verstrekkingen. Verzet van de adviserend arts wordt per brief ter kennis gebracht aan de rechthebbende en elektronisch ter kennis gebracht aan de verpleegkundige.

Indien het verzet van de adviserend arts ter kennis wordt gebracht binnen de 10 kalenderdagen na de kennisgeving van de behandeling door de verpleegkundige, impliceert dit verzet weigering van de verzekeringstegemoetkoming voor alle bijkomende verstrekkingen verricht vanaf en met inbegrip van de eerste dag van de behandeling waarop de kennisgeving slaat.

Indien het verzet van de adviserend arts niet binnen de 10 kalenderdagen na de kennisgeving van de behandeling door de verpleegkundige ter kennis wordt gebracht, impliceert dit verzet weigering van de verzekeringstegemoetkoming voor alle bijkomende verstrekkingen verricht vanaf de derde werkdag volgend op de datum van de kennisgeving van dit verzet.

Binnen de 10 kalenderdagen na de kennisgeving van het verzet van de adviserend arts, kan de verpleegkundige (elektronisch) bijkomende informatie of documentatie bezorgen aan de adviserend arts met het oog op een eventuele herziening van zijn beslissing.

Binnen de 10 kalenderdagen na ontvangst van deze bijkomende informatie of documentatie, brengt de adviserend arts zijn beslissing betreffende het al dan niet handhaven van zijn verzet (elektronisch) ter kennis van de verpleegkundige. Indien de adviserend arts binnen de 10 kalenderdagen na ontvangst van de bijkomende informatie of documentatie geen kennis geeft van zijn beslissing, impliceert dit het intrekken van zijn verzet.

Handhaving van het verzet van de adviserend arts dat ter kennis werd gebracht binnen de 10 kalenderdagen na de kennisgeving van de behandeling door de verpleegkundige, impliceert de weigering van de verzekeringstegemoetkoming voor alle bijkomende verstrekkingen verricht vanaf en met inbegrip van de eerste dag van de behandeling waarop de kennisgeving slaat.

Handhaving van het verzet van de adviserend arts dat niet binnen de 10 kalenderdagen na de kennisgeving van de behandeling door de verpleegkundige ter kennis werd gebracht, impliceert de weigering van de verzekeringstegemoetkoming voor alle bijkomende verstrekkingen verricht vanaf de derde werkdag volgend op de datum van de kennisgeving van dit verzet.

Intrekking van het verzet van de adviserend arts impliceert de aanvaarding van de verzekeringstegemoetkoming voor alle verstrekkingen verricht

- vanaf en met inbegrip van de eerste dag van de behandeling indien de termijn van 10 kalenderdagen voor de kennisgeving aan de adviserend arts in acht is genomen of indien de adviserend arts de schriftelijke motivering voor het laattijdig aanvragen of kennisgeven heeft aanvaard.

- vanaf de dag na de verzending van de kennisgeving aan de adviserend arts indien de termijn van 10 kalenderdagen niet in acht is genomen. "

"K.B. 3.8.2007" (in werking 1.10.2007) + "K.B. 25.3.2018" (in werking 1.6.2018)
"§ 8bis. Nadere bepalingen inzake de verstrekkingen verleend aan chronische psychiatrische patiënten (425736, 425751 en 425073) bedoeld in rubriek I, B, van § 1, 1°, 2° en 3° :

Voor de toepassing van dit artikel wordt verstaan onder « chronische psychiatrische patiënten », rechthebbenden die lijden aan schizofrenie (DSM IV code 295.xx) of een bipolaire stemmingsstoornis (DSM IV code 296.xx). De voorschrijvende arts moet in het medisch dossier de elementen bewaren die aantonen dat de patiënt aan deze definitie beantwoordt.

De verstrekkingen 425736, 425751 en 425073 worden slechts eenmaal per dag terugbetaald, en mogen tijdens dezelfde zitting niet gecumuleerd worden met enige andere verstrekking van dit artikel, behoudens een basisverstrekking."

"K.B. 27.3.2012" (in werking 1.6.2012)

"§ 8ter Nadere bepalingen inzake de verstrekking wekelijkse voorbereiding van de geneesmiddelen per os :

De verstrekking 424874 kan slechts geattesteerd worden nadat de verstrekking 424896 werd geattesteerd.

De verstrekking 424874 omvat het klaarzetten, gesorteerd per dag, in een medicatiedoos, pillendoos of een equivalent recipiënt van alle geneesmiddelen die de patiënt gedurende een week oraal inneemt. Ze kan per patiënt slechts een keer per week geattesteerd worden. Ze kan niet geattesteerd worden in de week waarin een verstrekking van § 1, 1°, II en IV wordt geattesteerd. De week strekt zich uit van maandag 0 uur tot zondag 24 uur."

"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) + "K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014)

"§ 9. Nadere bepalingen inzake de specifieke technische verpleegkundige verstrekkingen bedoeld in rubriek III van § 1, 1°, 2°, 3° en 3°bis :"

"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) + "K.B. 22.11.2013" (in werking 1.1.2014) + "K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014)

"De verstrekkingen 425375, 425773, 426171 en 429155 mogen slechts eenmaal per verzorgingsdag geattesteerd worden. Het zijn forfaitaire honoraria die het geheel van de specifieke technische verpleegkundige verstrekkingen dekken en waarvoor de bekwaming van een gegradueerde verpleegkundige of gelijkgestelde, een vroedvrouw of een verpleegkundige met brevet vereist is."

"K.B. 27.3.2012" (in werking 1.6.2012) + "K.B. 22.11.2013" (in werking 1.1.2014) + "K.B. 10.1.2021" (in werking 1.4.2021)

"Voor deze verstrekkingen meldt de gegradueerde verpleegkundige of gelijkgestelde, vroedvrouw of verpleegkundige met brevet aan de adviserend arts de volgende elementen :

"K.B. 27.3.2012" (in werking 1.6.2012) + "K.B. 22.11.2013" (in werking 1.1.2014)

"a) het RIZIV-nummer van de gegradueerde verpleegkundige of gelijkgestelde, vroedvrouw of verpleegkundige met brevet die de kennisgeving doet;"

"K.B. 27.3.2012" (in werking 1.6.2012)

"b) het RIZIV-nummer van de voorschrijver;

c) het inschrijvingsnummer sociale zekerheid (INSZ) van de rechthebbende;

d) het type verstrekking;

e) de begindatum en de einddatum van de periode."

"K.B. 27.3.2012" (in werking 1.6.2012) + "K.B. 24.4.2012" (in werking 1.7.2012)

"Als type verstrekking wordt bedoeld hetzij plaatsen en/of toezicht op (intraveineuze of subcutane) perfusie, hetzij toediening van en/of toezicht op parenterale voeding."

"K.B. 27.3.2012" (in werking 1.6.2012) + "K.B. 22.11.2013" (in werking 1.1.2014) + "K.B. 10.1.2021" (in werking 1.4.2021)

"Het verzorgingsplan, opgesteld door de gegradueerde verpleegkundige of gelijkgestelde, vroedvrouw of verpleegkundige met brevet, wordt ter beschikking gehouden van de adviserend arts in het verpleegdossier. Hij bezorgt dit aan de adviserend arts wanneer deze hierom verzoekt."

"K.B. 27.3.2012" (in werking 1.6.2012) + "K.B. 7.5.2017" (in werking 1.7.2017)
"De bepalingen van § 7, 6° zijn van toepassing."

"K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014)

"De verstrekkingen 421072, 421094, 421116, 429192, 423113, 423312, 423415, 429170, 427416, 427431, 427453, 429214, 427475, 427490, 427512, 429236, 427534, 427556, 427571 en 429251 mogen slechts eenmaal per verzorgingsdag geattesteerd worden. Ze mogen slechts worden verleend en aangerekend door een gegradueerde verpleegkundige of gelijkgestelde, een vroedvrouw, of een verpleegkundige met brevet.

Het honorarium voor de verstrekkingen 423113, 423312, 423415, 429170, 421072, 421094, 421116, 429192, 427416, 427431, 427453, 429214, 427475, 427490, 427512 en 429236 dekt de verpleegkundige akte en het materiaal dat vereist is om deze techniek op een medisch verantwoorde wijze uit te voeren, zoals omschreven in een richtlijn die op voorstel van de Overeenkomstencommissie verpleegkundigen-verzekeringsinstellingen door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging wordt uitgevaardigd."

"K.B. 24.11.2009" (in werking 1.2.2010) + "K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014)

"De verstrekkingen 427416, 427431, 427453, 429214, 427475, 427490, 427512 en 429236 kunnen slechts geattesteerd worden op voorwaarde dat de fistelvorming en de eerste vervanging van de ballon werden gedaan door een arts."

"K.B. 27.3.2012" (in werking 1.6.2012) + "K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014)
+ "K.B. 25.3.2018" (in werking 1.6.2018)

"Tijdens eenzelfde verzorgingszitting kunnen de verstrekkingen 425375, 425773, 426171 en 429155 enkel gecumuleerd worden met de verstrekkingen 423113, 423312, 423415, 429170, 421072, 421094, 421116 en 429192 wanneer de injectieplaats voor beide verstrekkingen verschillend is en wanneer deze verschillende injectieplaatsen vermeld worden in het verpleegdossier."

"K.B. 24.11.2009" (in werking 1.2.2010)

"De verstrekkingen 427431 en 427490 kunnen slechts geattesteerd worden op voorwaarde dat de motivering om deze verstrekkingen te verlenen tijdens het weekend of op een feestdag wordt opgenomen in het verpleegdossier."

"K.B. 24.4.2012" (in werking 1.7.2012) + "K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014)
 "De verstrekkingen 427534, 427556, 427571 of 429251 moeten de volgende verpleegkundige aktes omvatten :

- * Observatie/evaluatie van de toestand van de patiënt inclusief de evaluatie van de pijn. Hiervoor wordt een pijnscore bijgehouden in het verpleegdossier;
- * Nazicht catheter met oog voor preventie infectie, dislokatie, lekkage;
- * Controle van de insteekplaats en de daardoor ontstane wonde met een verbandwissel, waar nodig;
- * Controle van de werking van de pomp en het debiet van de voorgeschreven inhoud;
- * Controle op extra bolussen."

"K.B. 24.4.2012" (in werking 1.7.2012) + "K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014)
 "In voorkomend geval omvatten de verstrekkingen 427534, 427556, 427571 en 429251 ook de volgende elementen :

- * Wijziging aan de onderhoudsdosis, inclusief aanpassing van het debiet van de pijnmedicatie, op basis van een geschreven medisch voorschrift;
- * Wisselen van het medicatiereservoir;
- * Bijkomend bezoek tijdens een verzorgingsdag ter controle waar nodig;
- * Bediening van de apparatuur, inclusief het heropstarten van de pomp na een alarm."

"K.B. 24.4.2012" (in werking 1.7.2012) + "K.B. 22.11.2013" (in werking 1.1.2014) + "K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014)
 "Voor de verstrekkingen 427534, 427556, 427571 en 429251 moet de gegradueerde verpleegkundige of gelijkgestelde, vroedvrouw of verpleegkundige met brevet minimum éénmaal per week rapporteren aan de behandelende arts. Dit kan in een patiëntenbespreking, telefonisch of elektronisch."

"K.B. 24.4.2012" (in werking 1.7.2012) + "K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014)
 "Het honorarium voor de verstrekkingen 427534, 427556, 427571 en 429251 dekt de verpleegkundige akte en het materiaal dat vereist is om deze techniek op een medisch verantwoorde wijze uit te voeren, maar dekt niet het bedekkend verband."

"K.B. 24.4.2012" (in werking 1.7.2012)

"Voor elke geattesteerde verstrekking moeten in voorkomend geval, benevens het nomenclatuurnummer van de verstrekking, één of meerdere van de volgende pseudocodenummers worden vermeld die overeenstemmen met de verstrekkingen die tijdens de verzorgingsdag zijn verleend :

Verstrekking	Pseudo-code	Aantal	RIZIV- nr. Verstrekker
Bijkomend bezoek	427593		
Verbandwissel	427615		
Heropstarten van de pomp	427630		
Wijziging aan de onderhoudsdosis	427652		
Wisselen van het medicatiereservoir	427674		

"

"K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014) + "K.B. 7.5.2017" (in werking 1.7.2017) + "K.B. 25.3.2018" (in werking 1.6.2018) + "K.B. 11.10.2023" (in werking 1.12.2023)

"De specifieke technische verstrekkingen bedoeld in rubriek III van § 1, 1°, 2°, 3° en 3°bis mogen gecumuleerd worden met alle verstrekkingen van § 1 op dezelfde dag; ze mogen evenwel tijdens een zelfde zitting niet gecumuleerd worden met de verstrekkingen 424255, 424410, 424550, 427836, 424712, 424270, 424432, 424572, 427851, 424734, 424292, 424454, 424594, 427873, 424756, 424314, 424476, 424616, 427895, 424771, 424933, 424955, 424970, 427910, 424992, 425736, 425751 en 425073. De verstrekkingen 423113, 423312, 423415, 429170, 421072, 421094, 421116 en 429192 mogen niet tijdens eenzelfde verzorgingszitting gecumuleerd worden met elkaar. De verstrekkingen 424336, 424491, 424631, 427932, 424351, 424513, 424653 en 427954 kunnen niet gecumuleerd worden tijdens eenzelfde verzorgingsdag met de specifieke technische verstrekkingen bedoeld in rubriek III van § 1, 1°, 2°, 3° en 3°bis indien het een wondzorg betreft ter hoogte van de insteekplaats van de catheter, de perfusie of de sonde met ballon. Indien een andere wondzorg wordt verstrekt tijdens dezelfde verzorgingsdag moet dit vermeld worden in het verpleegdossier."

"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997)

§ 10. Nadere bepalingen inzake de verstrekkingen bedoeld in § 1, 2° :

1° De honoraria voor de verstrekkingen bedoeld in § 1, 2° mogen slechts worden aangerekend indien de toestand van de rechthebbende vereist dat de verzorging tijdens het weekeind of op een feestdag wordt verleend."

"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) + "K.B. 22.11.2013" (in werking 1.1.2014) + "K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014)

"Wanneer de beoefenaar van de verpleegkunde om persoonlijke redenen sommige verstrekkingen verleent op de dagen en uren die zijn vermeld onder 2°, zijn evenwel de in § 1, 1°, 3°, 3°bis of 4° vastgestelde honoraria verschuldigd."

"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) + "K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014)

"Deze honoraria worden echter nooit vergoed voor de in § 1, 3°, 3°bis en 4° genoemde verstrekkingen."

"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997)

"2° Het weekeind begint op zaterdag 0 uur, en duurt tot zondag 24 uur. Een feestdag duurt van 0 uur tot 24 uur. Volgende feestdagen geven recht op verhoging van honoraria: 1 januari, paasmaandag, 1 mei, hemelvaartsdag, pinkstermaandag, 21 juli, 15 augustus, 1 november, 11 november en 25 december."

"K.B. 7.5.2017" (in werking 1.7.2017)

"§ 10bis. Nadere bepalingen inzake de verstrekkingen bedoeld in § 1, 3°:

Voor de verstrekkingen bedoeld in § 1, 3° moet de verpleegkundige bij de facturatie een pseudocode vermelden die aangeeft in welke soort van plaats van verstrekking de verstrekking werd verleend. De lijst van die plaatsen van verstrekking en de overeenstemmende pseudocodes is vervat in bijlage 87 van de Verordening van 28 juli 2003."

"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997)

"§ 11. De verpleegkundige mag geen getuigschrift voor verstrekte hulp opmaken en evenmin ondertekenen als de verstrekkingen zijn verricht door een persoon die niet bevoegd is om ze aan te rekenen aan de verzekering voor geneeskundige verzorging, en die geheel of gedeeltelijk in de plaats treedt van de verpleegkundige, zelfs als deze aanwezig is."

"K.B. 22.11.2013" (in werking 1.1.2014)

"De verpleegkundige mag evenwel een getuigschrift voor verstrekte hulp opstellen en ondertekenen indien de verstrekkingen geheel of gedeeltelijk worden verricht door een zorgkundige, volgens de voorwaarden en modaliteiten van § 12 van dit artikel."

"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997)

"Bijstand van een derde mag enkel worden ingeroepen indien de toestand van de patiënt hulp vergt gedurende de uitvoering van de verstrekking."

"K.B. 22.11.2013" (in werking 1.1.2014) + "K.B. 13.11.2023" (in werking 1.1.2024)

"§ 12 Nadere bepalingen over de verstrekkingen waarbij een zorgkundige verpleegkundige activiteiten, toevertrouwd door een verpleegkundige, uitvoert :

1° Zonder afbreuk te doen aan de bepalingen in de overige paragrafen van dit artikel, wordt een verzekeringstegemoetkoming toegekend voor verstrekkingen omschreven in dit artikel waarbij een zorgkundige verpleegkundige activiteiten, toevertrouwd door een verpleegkundige, uitvoert onder de voorwaarden vermeld in deze paragraaf. Met "zorgkundige" wordt de persoon bedoeld in artikel 59 van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen. De betrokken "verpleegkundige activiteiten" zijn vastgelegd in het KB 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. Indien aan de voorwaarden van deze paragraaf niet wordt voldaan, is er geen verzekeringstegemoetkoming.

2° Deze verstrekkingen moeten verleend worden binnen een structurele equipe. Deze equipe moet bestaan uit minstens 3 verpleegkundigen die elk toegetreden zijn tot de nationale overeenkomst en de verpleegkunde in de hoofdberoep uitoefenen. De verpleegkundigen die deel uitmaken van de structurele equipe werken mee aan een aspect van de zorg van de patiënten, met uitsluiting van administratieve of coördinerende aspecten. Deze equipe gebruikt hetzelfde groepsnummer derdebetalersregeling.

Het is de verantwoordelijkheid van de structurele equipe om aan te tonen dat de vijf criteria zoals omschreven in art. 3, § 1 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, voldaan zijn.

Daarnaast moet die equipe tijdens een periode van 6 maanden voorafgaand aan de maand waarin een geattesteerde verstrekking werd verleend door een zorgkundige, elke maand van die periode minstens 3 verpleegkundigen omvatten die voor die maand gezamenlijk minstens 3 000 W-waarden aan verstrekkingen uit artikel 8 geattesteerd hebben.

De periode van activiteit van 6 maanden, zoals beschreven in het vorige lid, is in de volgende gevallen niet vereist voor een nieuwe structurele equipe:

- In geval van een fusie van verschillende structurele equipes indien elk van de structurele equipes die fusioneren reeds voldoen aan de voorwaarden voor de integratie van zorgkundigen;

- In geval van splitsing van een structurele equipe indien de structurele equipe die als gevolg van de splitsing ontstaat aan de voorwaarden voor de integratie van zorgkundigen voldoet.

Bij bovenstaande activiteitsvoorwaarde tellen de verstrekkingen waarbij zorgkundigen de verzorging geheel of gedeeltelijk hebben uitgevoerd, niet mee.

De structurele equipe moet interne afspraken gemaakt hebben over de praktische modaliteiten van de delegatie van verpleegkundige activiteiten aan zorgkundigen en de samenwerking tussen de leden van de equipe. Deze interne afspraken moeten beantwoorden aan een richtlijn die door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging wordt vastgelegd. De naleving van deze afspraken is een voorwaarde voor de verzekeringstegemoetkoming.

De structurele equipe moet een verklaring op erewoord indienen bij het RIZIV conform een richtlijn vastgelegd door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, met daarin ten minste de gegevens die toelaten de equipe te identificeren.

3° Indien er meer dan 40% van de geattesteerde 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 Dienst voor Geneeskundige controle en evaluatie van het RIZIV om de redenen van overschrijding op te vragen en verder te onderzoeken. 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 het gestructureerde equipo wordt verleend. In het geval van een overschrijding moeten de vijf criteria, zoals vermeld in het eerste lid van § 12, 2° van dit artikel, nog steeds zijn voldaan.

4° Het delegatieproces moet verlopen zoals vastgesteld in 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. In dit kader stelt de delegerende verpleegkundige, na een bezoek aan de patiënt, vast of de zorgen gedelegeerd kunnen worden aan een zorgkundige en leggen de controlerende verpleegkundigen controlebezoeken af. Tijdens dat controlebezoek wordt bekeken of deze delegatie correct verloopt. Tijdens het controlebezoek moet de verpleegkundige zelf de verzorging nodig tijdens dit bezoek verlenen, eventueel in aanwezigheid van de zorgkundige. De verpleegkundige die de zorgen attesteert, werkt mee aan een aspect van de zorg van de patiënten, met uitsluiting van administratieve of coördinerende aspecten. De verzorging van de patiënt mag enkel over verschillende verzorgingszittingen gespreid worden om medische redenen, vermeld op het voorschrift, of in het geval van delegatie naar een zorgkundige.

Het minimum aantal controlebezoeken is vastgelegd op één keer per maand bij elke patiënt waar een zorgkundige verpleegkundige activiteiten verleend, behalve :

- a) in het kader van de forfaitaire honoraria, forfaits A genoemd, moet minstens twee keer per maand een controlebezoek worden afgelegd;
- b) in het kader van de forfaitaire honoraria, forfaits B genoemd, moet minstens vier keer per maand een controlebezoek worden afgelegd;
- c) in het kader van de forfaitaire honoraria, forfaits C genoemd, en de honoraria bedoeld in rubriek IV en V van § 1, 1° en 2° moet minstens een dagelijks controlebezoek worden afgelegd. 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 moeten gemotiveerd worden in een verpleegdossier.

5° De delegerende verpleegkundige kan de activiteit van de zorgkundige in eigen naam attesteren door middel van de betrokken nomenclatuurcodes in § 1, mits identificatie van de zorgkundige door middel van het RIZIV-nr. van de verstrekker en de verleende verstrekkingen door die zorgkundige op het getuigschrift voor verstrekte hulp of gelijkwaardig document. Het honorarium dekt die activiteit, alsook alle aspecten van controle en toezicht, vastgesteld in het koninklijk besluit van 12 januari 2006. "

