



# Infobox RIZIV

Wegwijzer naar de reglementering voor de paramedici  
December 2015

Deze Infobox is bestemd voor de:

Audiciens

Bandagisten

Diëtisten

Ergotherapeuten

Farmaceutisch-technisch assistent

Leveranciers van implantaten

Logopedisten

Opticiens

Orthopedisten

Orthoptisten

Podologen

Technoloog medisch laboratorium

Technoloog medische beeldvorming

Vroedvrouwen

Zorgkundigen



Beste lezer,

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

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

De vijf delen behandelen de volgende thema's:

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

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

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

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

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



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



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

- het RIZIV: [www.riziv.be](http://www.riziv.be) > Webtoepassingen > DOCLEG Databank reglementering
- de FOD-Justitie: [www.just.fgov.be](http://www.just.fgov.be) > Belgische wetgeving.

Je opmerkingen of vragen: [infoteam.dgec.secm@riziv.fgov.be](mailto:infoteam.dgec.secm@riziv.fgov.be).

De informatie in deze Infobox is die tot en met 30 november 2015.

We wensen je alvast veel gebruiksgenot.

Dr. Bernard HEPP

Geneesheer-directeur-generaal

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

# Inhoudstafel

## 1<sup>e</sup> Deel - Wettelijk kader van je beroep ..... 9

I.	Voorwaarden voor het uitoefenen van de geneeskunst of het beroep .....	10
1.	Erkenning .....	10
2.	Visum ontvangen van de Provinciale Geneeskundige commissie (PGC).....	11
3.	Verkrijgen van een RIZIV-nummer .....	12
4.	Registratie bij de Kruispuntbank van ondernemingen .....	13
5.	Aansluiting bij een sociale verzekeringskas voor zelfstandigen .....	14
II.	Maatschappelijke, financiële en juridische verantwoordelijkheid als zorgverlener .....	14
1.	Wat is je verantwoordelijkheid als zorgverlener ten opzichte van de ziekteverzekering? .....	14
2.	Wie is verantwoordelijk voor de terugbetaling van de verstrekkingen die ten onrechte werden ten laste genomen door de ziekteverzekering? .....	15
3.	Op welke manier kan je aansprakelijk gesteld worden voor je handelen? .....	16
4.	Moet je je burgerlijke en professionele aansprakelijkheid verzekeren? .....	16
5.	Kan je weigeren een behandeling voort te zetten ?.....	17
6.	Mag je reclame maken voor je praktijk? .....	17
III.	De overeenkomsten .....	17
1.	Inhoud.....	17
2.	Duren en procedures .....	17
3.	De overeenkomst weigeren .....	18
4.	Toetreden tot een overeenkomst .....	18
5.	De patiënten informeren .....	18
IV.	De zorgverlener en het RIZIV.....	19
1.	Het RIZIV.....	19
2.	De Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC).....	21

## 2<sup>e</sup> Deel - Het aanrekenen van verstrekkingen ..... 25

I.	Getuigschrift voor verstrekte hulp .....	26
II.	Gebruik van de GVH.....	29
1.	Ben je verplicht het getuigschrift af te leveren?.....	29
2.	Hoe kan je de GVH bestellen?.....	29
3.	Mag je de GVH van een collega gebruiken? .....	30
4.	Hoe moet je een GVH invullen? .....	31
5.	Wat is het fiscale luik (of ontvangstbewijs)? .....	31
6.	Wanneer moet je het GVH uitreiken of ontvangstbewijs? .....	32
7.	Wat is het fiscale dubbel?.....	33
8.	Wanneer moet je een bewijsstuk aan de patiënt geven? .....	33
9.	Wat bevat het bewijsstuk?.....	33
10.	Hoe kan je voor andermans rekening aanrekenen? .....	33
11.	Aanrekenen via een tarificatiedienst .....	34
12.	Hoe lang moet je de gebruikte getuigschriftenboekjes en de koppies van de bewijsstukken bewaren? .....	34

III. Gebruik van de VGVH .....	34
1. Wanneer het VGVH gebruiken? .....	34
2. Hoe het VGVH gebruiken?.....	35
3. Gebruiksvoorwaarden.....	35
IV. Attesteren in functie van de nomenclatuur.....	36
1. Aanrekenen in functie van je bevoegdheid.....	36
2. Wat is de nomenclatuur? .....	36
3. Wanneer kan een verstrekking terugbetaald worden? .....	37
4. Mag je niet-vergoedbare verstrekkingen uitvoeren? .....	37
5. Moet je de honoraria toepassen die in de nomenclatuur zijn opgenomen? .....	37
6. Moet je de patiënten over het honorariumbedrag informeren? .....	38
7. Wanneer mag je het bijkomend honorarium voor dringende technische verstrekkingen aanrekenen en onder welke voorwaarden? .....	38
8. Hoe kan je dit bijkomend honorarium voor dringende technische prestaties berekenen? .....	38
9. Welke feestdagen komen in aanmerking? .....	39
10. Wanneer moet je de code « gehospitaliseerd » gebruiken? .....	39
V. Bijkomende bepalingen bij de toepassing van de nomenclatuur.....	39
1. Kunnen verstrekkingen van louter esthetische aard door de ziekteverzekering worden terugbetaald?.....	39
2. Mag je aan de ziekteverzekering verstrekkingen aanrekenen die door een andere verzekering zijn gedekt? .....	40
3. Mag je verstrekkingen aanrekenen aan de ziekteverzekering die verricht werden in het buitenland? .....	40
4. Mag je aan de ziekteverzekering verstrekkingen aanrekenen die in het kader van een door de werkgever georganiseerd onderzoek of op verzoek van derden zijn verricht? .....	40
5. Mag je aan verzekerden die in de gevangenis verblijven verstrekkingen aanrekenen? ....	41
6. Mag je aan de ziekteverzekering verstrekkingen aanrekenen die in het kader van wetenschappelijk onderzoek of van klinische proefnemingen zijn verricht? .....	41
7. Hoe lang moet je documenten, verslagen en tracés waar de nomenclatuur naar verwijst bewaren? .....	41
8. Wat moet je doen in geval van diagnostische verstrekkingen, waarvoor geen bewaarplicht van documenten is voorzien in de nomenclatuur? .....	42
9. Mag je een patiënt een vergoeding aanrekenen voor een niet nagekomen afspraak? ....	42
10. Wat is de juridische basis van de nomenclatuur? .....	42
11. Wie stelt de nomenclatuur op?.....	42
12. Waar kan je de nomenclatuur raadplegen? .....	43
13. Heb je vragen omtrent de juiste interpretatie van de nomenclatuur?.....	44
VI. Derdebetalersregeling .....	44
1. Wanneer en hoe kan je de derdebetalersregeling toepassen? .....	44
2. Hoe kan je de derdebetalersregeling toepassen in de andere gevallen? .....	46
3. Kan de toelating voor toepassing van de derdebetalersregeling worden ingetrokken? .....	46

## 3<sup>e</sup> Deel - Het voorschrift..... 47

I.	Regels voor alle voorschriften .....	48
1.	Voor welke verstrekkingen is een voorschrift een vergoedingsvoorwaarde? .....	48
2.	Welke gegevens moet het voorschrift vermelden?.....	48
3.	Wat zijn de mogelijke administratieve gevolgen van het afleveren van een onvolledig voorschrift ? .....	50
4.	Mag de voorschrijver de naam van de uitvoerder op het voorschrift vermelden? .....	50
II.	Vroedvrouwen: voorschrijven van geneesmiddelen .....	50

## 4<sup>e</sup> Deel - De zorgverlener en zijn patiënt..... 51

I.	De verschillende soorten verzekeringen voor geneeskundige verzorging .....	52
1.	De verplichte verzekering “geneeskundige verzorging “ voor de personen die aan de Belgische sociale zekerheid zijn onderworpen .....	52
2.	De aanvullende verzekering.....	52
3.	Andere verzekeringen .....	53
4.	Private en individuele verzekeringen .....	53
5.	Vlaamse zorgverzekering .....	53
6.	Specifieke verzekeringen .....	53
II.	Verzekerbaarheid “geneeskundige verzorging” van de patiënt .....	54
1.	Persoon die aan de Belgische sociale zekerheid is onderworpen .....	54
2.	Een verzekerde die tijdelijk in België verblijft.....	55
3.	Asielzoeker.....	56
III.	Het remgeld .....	57
	Is het remgeld altijd gelijk? .....	57
IV.	De maximumfactuur (MAF).....	60
V.	De derdebetalersregeling .....	61
VI.	Zorgtrajecten .....	61
VII.	Rechten van de patiënt .....	61
1.	Definities en toepassingsgebied.....	62
2.	Welke rechten voorziet de wetgever voor de patiënt? .....	62
3.	Wie vertegenwoordigt de patiënt in geval van minderjarigheid of bij het onvermogen zelf zijn rechten uit te oefenen? .....	64
VIII.	De palliatieve thuispatiënt .....	65
1.	Wat wordt verstaan onder “palliatieve thuispatiënt”? .....	65
2.	Stappen die je moet zetten om het statuut van « palliatieve thuispatiënt » te laten toekennen? .....	66
3.	Welke voordelen geniet de palliatieve thuispatiënt?.....	66
4.	Kan je beroep doen op gespecialiseerde diensten?.....	66
IX.	Euthanasie.....	66

X.	Het Fonds voor de Medische Ongevallen .....	67
1.	Wat zijn de opdrachten van het Fonds voor medische ongevallen? .....	67
2.	Voor welke schade is het Fonds bevoegd? .....	68
3.	Komt het FMO tussen voor alle schadegevallen? .....	68
4.	Binnen welke termijn dien je een aanvraag in te dienen bij het Fonds voor medische ongevallen? .....	69
5.	Heeft een aanvraag bij het Fonds invloed op eventuele lopende rechtszaken tegen een zorgverlener? .....	69
6.	Wat zijn de voorziene kosten voor de tussenkomsten van het FMO? .....	69
7.	Moet je antwoorden op een vraag om inlichtingen afkomstig van het FMO? .....	69

## 5<sup>e</sup> Deel - Communicatie .....

71

I.	Omzendbrieven .....	72
II.	De website van het RIZIV : <a href="http://www.riziv.be">www.riziv.be</a> .....	72
III.	Meer informatie? .....	73
IV.	Adreswijziging.....	73
V.	Adressen van de Provinciale geneeskundige commissies.....	74
1.	Antwerpen.....	74
2.	Limburg.....	74
3.	Nederlandstalige Brabant .....	74
4.	Oost-Vlaanderen.....	74
5.	West-Vlaanderen.....	75
6.	Brabant d'expression française .....	75
7.	Hainaut.....	75
8.	Liège .....	75
9.	Luxembourg.....	75
10.	Namur .....	75

## Bijlagen .....

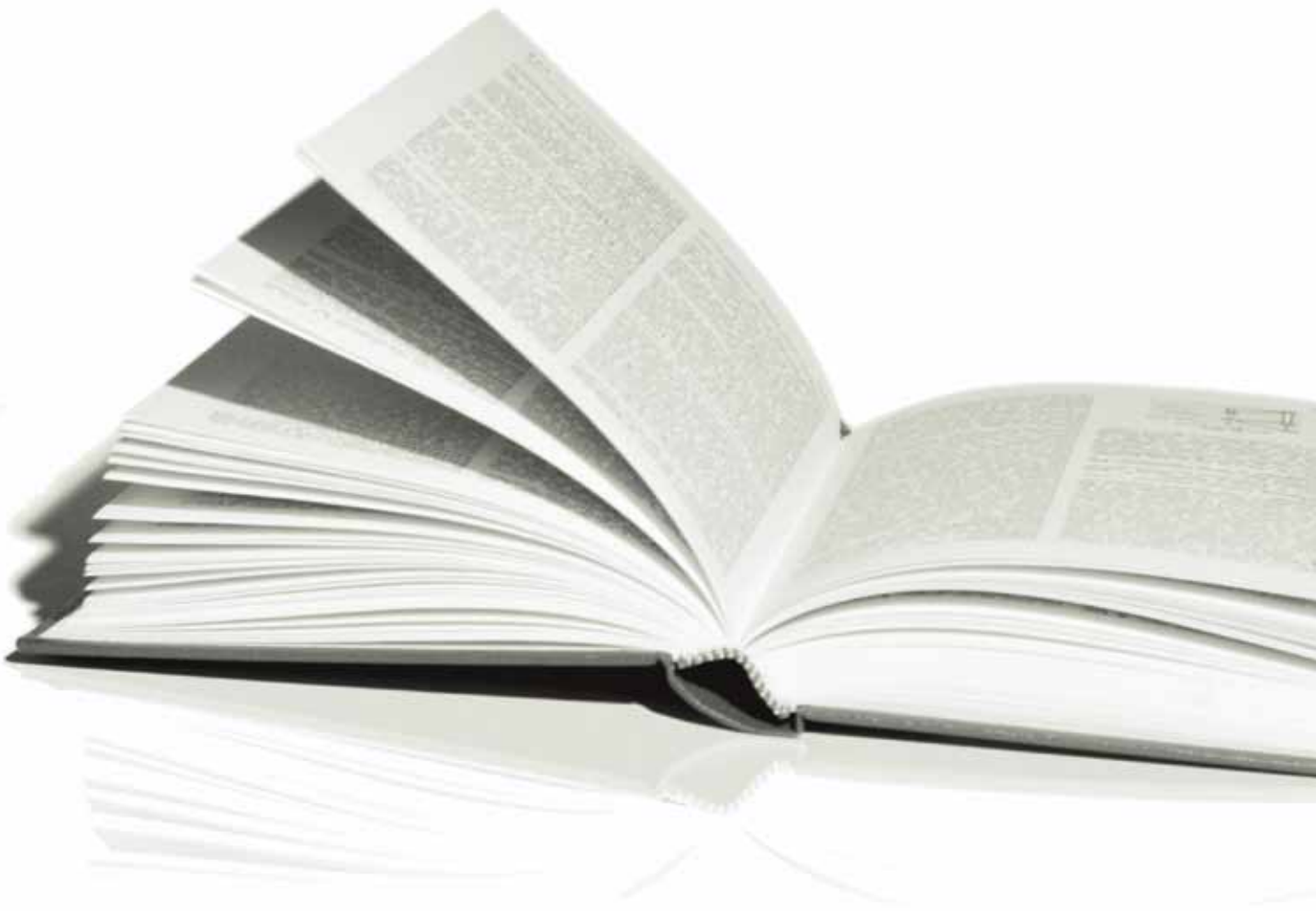
77

Index.....	78
Letterwoord .....	82





1<sup>e</sup> Deel  
Wettelijk kader  
van je beroep



Dit deel behandelt de administratieve aspecten van je beroep. Welke stappen moet je zetten om te kunnen starten (aanvraag van het RIZIV-nummer, erkenning). Wat is je verantwoordelijkheid op sociaal, financieel en juridisch vlak? Welke opdrachten vervult het RIZIV? Wat houden de overeenkomsten tussen de zorgverleners en de verzekeringsinstellingen in?

# I. Voorwaarden om de geneeskunst of het beroep uit te oefenen

## 1. Erkenning

De uitoefening van sommige gezondheidszorgberoepen vereist een erkenning door de Vlaamse Gemeenschap, de Federatie Wallonië-Brussel (Franse Gemeenschap) en de Duitstalige Gemeenschap, na het behalen van een diploma of het beëindigen van een opleiding.

Tot op vandaag zijn de criteria vastgelegd voor de erkenning van de hierna vermelde gezondheidszorgberoepen:

- audicien (en audioloog, FOD Volksgezondheid)
- diëtist
- ergotherapeut
- farmaceutisch-technisch assistent
- logopedist
- orthoptist
- technoloog medisch laboratorium
- technoloog medische beeldvorming
- vroedvrouw
- zorgkundigen.


Voor het beroep van zorgkundige gaat het om een registratieprocedure.

Zo worden weldra criteria bekendgemaakt voor volgende beroepen:

- bandagist
- orthesist en prothesist (voor het RIZIV: orthopedisten)
- podoloog
- ambulancier voor medisch-sociaal vervoer.

Wanneer je in dat geval bent, dien je een aanvraag in bij de Vlaamse overheid via het Agentschap Zorg & Gezondheid. Meer inlichtingen op:

 [www.zorg-en-gezondheid.be](http://www.zorg-en-gezondheid.be) > Per domein > Gezondheidszorgberoepen.

 Wanneer je een andere Gemeenschap wenst te contacteren, in het Frans of in Duits, vind je informatie op:

- [www.enseignement.be](http://www.enseignement.be), Accueil > De A à Z > Agrément des professionnels des soins de santé
- [www.dglive.be](http://www.dglive.be), Gesundheit.

## 2. Visum

### a. Aflevering door de FOD Volksgezondheid

De FOD Volksgezondheid<sup>1</sup> stuurt het visum van je diploma binnen de dagen die volgen je erkenning. Wanneer je over een visum beschikt betekent dit dat je diploma geldig is en dat je gezondheidstoestand toelaat om de geneeskunst of het beroep uit te oefenen<sup>2</sup>.

### b. Beheer door de Provinciale Geneeskundige Commissie (PGC)

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



Het aantekenen van beroep tegen de intrekking van het visum is niet schorsend<sup>3</sup>. Zolang de beroepsprocedure loopt zal je dus je beroep niet kunnen uitoefenen.

### SAMENSTELLING<sup>4</sup>

De PGC is samengesteld uit:

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

1. Gecoördineerde wet van 10-05-2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen (hierna wet uitoefening van de gezondheidszorgberoepen genoemd), art. 25 § 1.

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

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

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

### VOORNAAMSTE TAKEN<sup>5</sup>

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

## 3. Verkrijgen van een RIZIV-nummer

### a. Aanvraag van het nummer

De procedure om een RIZIV-nummer te verkrijgen verschilt naargelang het gezondheidszorgberoep:

- via een aanvraag bij het RIZIV (diploma) voor de:
  - podologen
- na een beslissing van een erkenningsraad (ingesteld binnen het RIZIV) voor de:
  - bandagisten
  - leveranciers van implantaten
  - opticiens
  - orthopedisten
- via een aanvraag bij het RIZIV, nadat je een erkenning hebt gekregen van de Vlaamse overheid via het Agentschap Zorg & Gezondheid voor de:
  - zorgkundigen (de aanvraag moet ingediend worden door de verantwoordelijke van het structureel team van verpleegkundigen)
  - vroedvrouwen
  - audiciens
  - diëtisten
  - ergotherapeuten
  - logopedisten
  - orthoptisten.

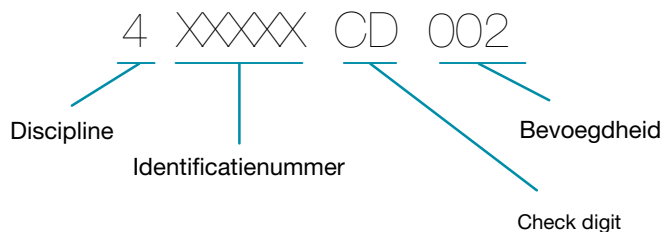
5. Wet uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, art. 119.

## b. Het RIZIV-nummer

Het RIZIV kent je een uniek identificatienummer toe dat uit 11 cijfers bestaat.

De cijfers in het RIZIV-nummer (Y/X/XXXX/CD/OOO) staan voor:

- 1<sup>e</sup> cijfer: de discipline van de zorgverlener
- cijfers 2 tot 6: het identificatienummer
- cijfers 7 en 8: check digit (interne controlecode)
- cijfers 9, 10 en 11: bevoegdheid van de zorgverlener.



Het RIZIV-nummer is noodzakelijk om verstrekkingen betreffende je bevoegdheid en vermeld in de nomenclatuur van gezondheidsverstrekkingen (NGV) te kunnen aanrekenen aan de ziekteverzekering.

Sommige gezondheidszorgberoepen zoals de technisch-farmaceutische assistenten hebben geen RIZIV-nummer nodig.

## 4. Registratie bij de Kruispuntbank van ondernemingen

Elke zelfstandige zorgverlener moet zich inschrijven bij de Kruispuntbank van ondernemingen<sup>6</sup>.

Wanneer je een praktijk begint als:

- natuurlijk persoon, moet je zelf de nodige stappen zetten via een erkend ondernemingsloket<sup>7</sup>
- rechtspersoon (N.V., BVBA, ...), zorgt de notaris voor de inschrijving bij de Kruispuntbank voor ondernemingen, de neerlegging van de oprichtingsakte bij de griffie van de FOD Justitie en het versturen ervan naar het Belgisch Staatsblad.

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

Je inschrijvingsnummer moet op het ontvangstbewijs van het getuigschrift voor verstrekte hulp staan (zie 2<sup>e</sup> Deel, I.).



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

6. Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994 (hierna GVV-wet genoemd), art. 73<sup>quater</sup> 1.

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

## 5. Aansluiting bij een sociale verzekeringskas voor zelfstandigen

Als je zelfstandige wordt, moet je je aansluiten bij een sociaal verzekeringsfonds.

### a. Aansluitingstermijn

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

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

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

### b. Sociale bijdragen

Om de drie maand moet je sociale bijdragen betalen aan jouw sociale verzekeringsfonds

### c. Je hebt recht op:

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



Meer info op de site : [www.rsvz-inasti.fgov.be](http://www.rsvz-inasti.fgov.be) rubriek zelfstandige.

## II. Maatschappelijke, financiële en juridische verantwoordelijkheid als zorgverlener

### 1. Wat is je verantwoordelijkheid als zorgverlener ten opzichte van de ziekteverzekering?

Je verantwoordelijkheid wordt bepaald in de wet<sup>8</sup> die je therapeutische vrijheid beperkt:

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

8. GVU-wet, art. 73 § 1.

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

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

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

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

- zorgverleners tewerkstellen
- de zorgverlening organiseren
- de inning van de door de verzekering geneeskundige zorgen verschuldigde bedragen organiseren<sup>9</sup>.

## 2. Wie is verantwoordelijk voor de terugbetaling van de verstrekkingen die ten onrechte werden ten laste genomen door de ziekteverzekering?

Wanneer de ziekteverzekering verstrekkingen ten onrechte heeft ten laste genomen omdat je niet de vereiste bevoegdheid had of omdat je de wettelijke of reglementaire bepalingen niet hebt gevolgd, dan moet je het bedrag van die verstrekkingen terugbetalen<sup>10</sup>, ongeacht of:

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

Echter, ook wanneer:

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

9. GvU-wet, art. 2 n.  
10. GvU-wet, art. 164.



### 3. Op welke manier kan je aansprakelijk gesteld worden voor je handelen?

Je handelwijze kan beoordeeld worden volgens verschillende regelgevingen:

- o **administratief:**

- o volgens de bepalingen van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994 (de GVVU-wet)<sup>11</sup> met als controlerend orgaan de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC)



Meer informatie: [www.riziv.be](http://www.riziv.be), Publicaties > Overzicht van onze publicaties > Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle: opdrachten en procedures.

- o volgens de andere bepalingen: de Provinciale geneeskundige commissie erover te waken dat de gezondheidszorgberoepen en de niet-conventionele praktijken bedoeld in overeenstemming met de wetten en reglementen worden uitgeoefend

- o **strafrechtelijk:** volgens het strafrecht en het sociaal strafrecht<sup>12</sup>. Bijvoorbeeld in geval van:

- o inbreuken op het beroepsgeheim<sup>13</sup>
- o sociale fraude<sup>14</sup>
- o bedrog
- o valsheid in geschrifte<sup>15</sup>
- o gebruik van valse stukken
- o onjuiste verklaringen en oplichting volgens het sociale strafrecht<sup>16</sup>.

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

- o **burgerlijk:** volgens het burgerlijk recht. Bijvoorbeeld in geval van schade bij medische fouten of door gezondheidszorg (zie 4<sup>e</sup> Deel, X.)<sup>17</sup>.



Meer informatie: [www.fmo.fgov.be](http://www.fmo.fgov.be).



De zorgverleners hebben ten opzichte van zijn patiënt en geen resultaatsverbintenis<sup>18</sup>. Ze moeten dus alle nodige middelen inzetten om een goed resultaat te verkrijgen zonder dat garantie op succes kan worden gegeven.

### 4. Moet je je burgerlijke en professionele aansprakelijkheid verzekeren?

Het slachtoffer van een fout gedurende de zorgen heeft recht op een schadevergoeding hiervoor<sup>19</sup>. De schadevergoeding kan van toepassing zijn tot twintig jaar na de feiten. Uw burgerlijke aansprakelijkheid blijft dus gelden na het stopzetten van uw beroepsactiviteit en zelfs na je overlijden. Uw erfgenamen blijven verantwoordelijk voor uw beroepsfouten. Je moet hiervoor dus verzekerd blijven. Je moet bovendien je patiënten informeren dat je hiervoor verzekerd bent<sup>20</sup>.

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

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

13. Strafwetboek, art. 458.

14. SSW, art. 1 § 1.

15. Strafwetboek, art. 193.

16. SSW, art. 230.

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

18. Burgerlijk wetboek, art. 1137.

19. Burgerlijk wetboek, art. 1382.

20. Wet van 22-08-2002 over de rechten van de patiënt art. 8/1.

## 5. Kan je weigeren een behandeling voort te zetten ?

Met een gegronde reden en als je alle maatregelen hebt getroffen om de continuïteit van de verzorging te verzekeren door een andere zorgverlener met dezelfde wettelijke bevoegdheid, kan je een behandeling stoppen<sup>21</sup>.

## 6. Mag je reclame maken voor je praktijk?

Voor opticiens<sup>22</sup> en audiciens<sup>23</sup> is reclame voor leveringen en kortingen toegelaten, op voorwaarde dat die niet verwijst naar het gratis karakter van verstrekkingen uit de nomenclatuur, noch aan de tussenkomst van de VGVI in die verstrekkingen<sup>24</sup>.

Andere zorgverleners mogen geen reclame maken<sup>25</sup>.

# III. De overeenkomsten

Een overeenkomst wordt afgesloten tussen bepaalde categorieën van zorgverleners en de verzekeringsinstellingen volgens de hierna vermelde procedure (juridische aspecten).

## 1. Inhoud

De overeenkomst bepaalt de **maximum tarieven** die je, als je toetreedt tot de overeenkomst, mag aanrekenen. Ze kan ook verplichtingen opleggen betreffende het aantal en het rationeel gebruik van geneeskundige verstrekkingen.

De overeenkomst kan ook andere elementen bevatten, zoals bvb. de derdebetalersregeling, het remgeld, de betalingstermijn voor verzekeringsinstellingen, verplaatsingsvergoedingen, enz.

De overeenkomst kan ook doelstellingen of een intentieverklaring inhouden over de organisatie van de gezondheidszorg.

De afspraken uit die overeenkomst zijn **budgettair geconditioneerd**. De overeenkomst voorziet dan ook in correctiemaatregelen bij overschrijding van de begrotingsdoelstellingen.

## 2. Duren en procedures

De overeenkomsten worden afgesloten voor een bepaalde duur, afhankelijk van de zorgverleners, en kunnen, al dan niet stilzwijgend, worden verlengd.

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

22. Overeenkomst tussen de opticiens en de Verzekeringsinstellingen van 24-10-2013, art. 5bis § 2.

23. Overeenkomst tussen de audiciens en de Verzekeringsinstellingen van 18-10-2012, art. 5bis § 2.

24. GVI-wet, art. 127 § 2.

25. Wet uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, art. 122 § 2.2.

Het Verzekeringscomité<sup>26</sup> van de Dienst voor geneeskundige verzorging (belangrijkste uitvoeringsorgaan), de Algemene raad van het RIZIV en de Minister van sociale zaken moeten de overeenkomst goedkeuren.

De overeenkomsten worden in het Belgisch Staatsblad bekendgemaakt en naar alle zorgverleners opgestuurd.

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

### 3. De overeenkomst weigeren

**Wanneer je de overeenkomst weigert** moet je dat binnen een termijn bepaald in de overeenkomst, via een aangetekende brief, versturen naar:



RIZIV  
Dienst voor geneeskundige verzorging  
Tervurenlaan 211  
1150 - Brussel

### 4. Toetreden tot een overeenkomst

**Wanneer je de overeenkomst niet weigert**, ben je van rechtswege automatisch toegetreden voor je hele beroepsactiviteit.

Opzegging in de loop van een overeenkomst is volgens bestaande procedures mogelijk.

Voor meer informatie, zie ook 2<sup>e</sup> Deel, IV. 5. “Moet je de honoraria toepassen die in de nomenclatuur zijn opgenomen?”

### 5. De patiënten informeren

Je moet je patiënten inlichten door in je wachtkamer duidelijk aan te geven<sup>27</sup>:

- dat je niet tot de overeenkomst bent toegetreden
- dat je volledig tot de overeenkomst bent toegetreden
- of dat je, wanneer de overeenkomst dat mogelijk maakt, gedeeltelijk bent toegetreden tot de overeenkomst. In dat geval moet je aangeven op welke dagen en uren je de tarieven van de overeenkomst toepast en deze waarop je ze niet toepast.

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

26. GvU-wet, art 22.

27. GvU-wet, art. 73 § 1 4e, 5e en 6e lid

## IV. De zorgverlener en het RIZIV

### 1. Het RIZIV

#### a. Doelstellingen

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

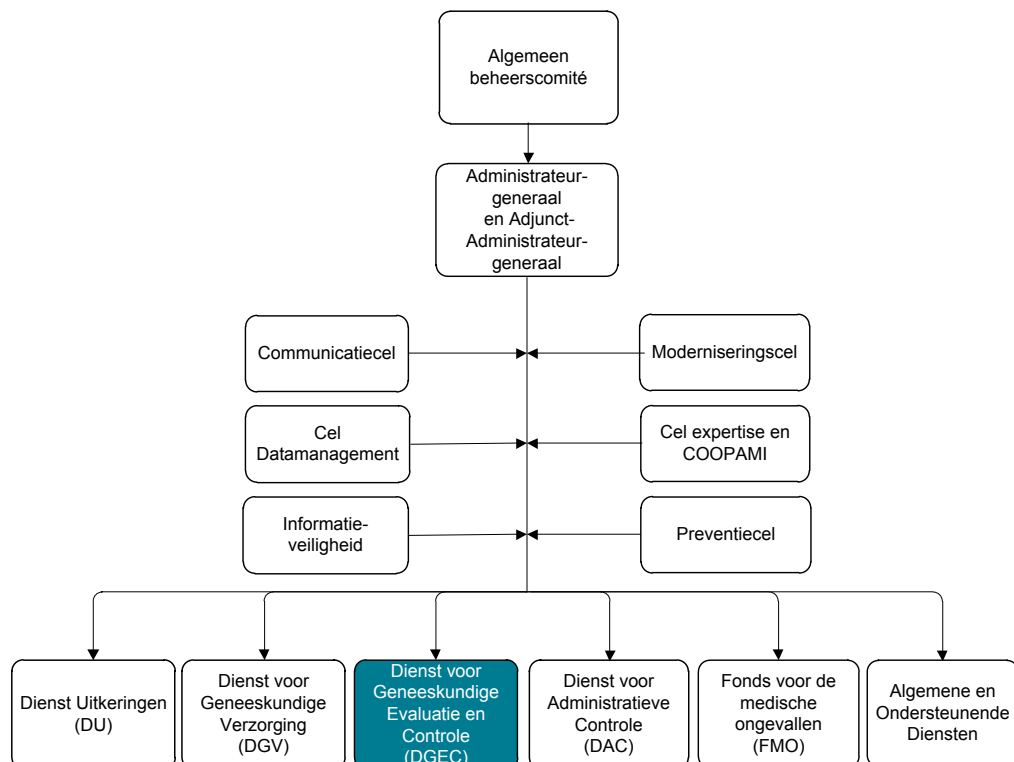
Het RIZIV wil de middelen die de maatschappij uittrekt voor de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (verzekering GVV) zo goed mogelijk beheren binnen het wettelijke kader en in overleg met de betrokken actoren (de sociale partners, de ziekenfondsen, de zorgverleners,...), zodat:

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

## b. Structuur

Het RIZIV telt zes diensten:

- de Dienst voor geneeskundige verzorging (DGV), verantwoordelijk voor het beheer van de verzekering voor geneeskundige verzorging, ook ziekteverzekering genoemd<sup>28</sup>
- de Dienst voor uitkeringen (DU), verantwoordelijk voor het beheer van de arbeidsongeschiktheid, de moederschaps-, vaderschaps- en adoptieverzekering<sup>29</sup>
- de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC), die de toepassing van de RIZIV-wetgeving bewaakt (op het niveau van de praktijkvoering)<sup>30</sup>
- de Dienst voor administratieve controle (DAC)<sup>31</sup> staat in voor de controle van de verzekeringsinstellingen, voor de controle van de juiste aflevering van documenten door verzekerden, zorgverleners en verzorgingsinstellingen en ten slotte voor de correcte toepassing van administratieve regels en richtlijnen
- het Fonds voor medische ongevallen (FMO)<sup>32</sup> belast met de vergoeding van schade na geneeskundige verzorging
- de algemeen ondersteunende diensten.



28. GvU-wet, art. 14.

29. GvU-wet, art. 78.

30. GvU-wet, art. 139.

31. GvU-wet, art. 159.

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

## 2. De Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC)

Het einddoel van de DGEC is bijdragen tot een optimale aanwending van de middelen van de verzekering GVV.

Om dat doel te bereiken, volgt de dienst drie strategieën<sup>33</sup>:

### a. Informatie

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



#### Voorbeelden

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



Meer informatie: [www.riziv.be](http://www.riziv.be), Professionals > Zorgverleners > Info voor allen : Rechtspraak van inbreuken.

### b. Evaluatie

Bij een evaluatie neemt men niet de praktijkvoering van de individuele zorgverlener onder de loep, maar wel van een groep zorgverleners, geselecteerd op basis van criteria zoals uitgeoefende discipline of wijze waarop bepaalde verstrekkingen worden aangerekend, voorschrijfgedrag, medische consumptie. Het doel van de evaluatie is hoofdzakelijk preventief: de zorgverleners informeren over de bij hen vastgestelde afwijkingen.

### c. Controle

De dienst heeft ook de taak na te gaan of de verstrekkingen uit de ziekteverzekering en de uitkeringsverzekering, verricht door de individuele zorgverlener/instelling, uitgevoerd zijn volgens de wettelijke bepalingen. Daarvoor beschikt de DGEC over inspecterend personeel, bestaande uit geneesheren-inspecteurs, apothekers-inspecteurs en verpleegkundige-controleurs<sup>34</sup>.

Wanneer zij inbreuken vaststellen, kunnen zij die doorgeven aan de door de wet voorziene instanties; eventueel kunnen maatregelen getroffen worden volgens de wettelijke procedures<sup>35</sup>.

33. GVV-wet, art. 139 2e lid. 1° tot 3°.

34. GVV-wet, art. 146 § 1.

35. GVV-wet, art. 142 § 3.



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

- zorgverleners te werk stellen
- de zorgverlening organiseren
- de inning van vergoedingen van de ziekteverzekering organiseren<sup>38</sup>.

De inbreuken zijn onderverdeeld in acht categorieën<sup>36</sup>, elk met eigen maatregelen<sup>37</sup>:

1. aanrekenen van niet verrichte verstrekkingen (realiteit)
2. aanrekenen van verstrekkingen zonder rekening te houden met de geldende nomenclatuurregels of voorwaarden (conformiteit), of andere bepalingen (bvb. het akkoord artsen-ziekenfondsen, de overeenkomsten)
3. aanrekenen van verstrekkingen die noch curatief noch preventief zijn m.a.w. niet in de nomenclatuur voorziene verstrekkingen<sup>37</sup> bv. esthetische ingrepen
4. aanrekenen van overbodige of onnodige dure verstrekkingen (overmatig voorschrijven)
5. voorschrijven van onnodig dure of overbodige verstrekkingen
6. voorschrijven van onnodig dure of overbodige geneesmiddelen (geneesmiddelen hoofdstuk II, zonder voorafgaande toelating adviserend geneesheer)
7. administratieve inbreuken
8. aanzetten tot het uitvoeren of voorschrijven van overbodige of onnodig dure verstrekkingen.



Meer informatie op de website: [www.riziv.be](http://www.riziv.be)

- over de werking van de DGEC: Publicaties > Algemeen overzicht van onze publicaties > Onze brochure “De DGEC: opdrachten en procedures”
- over de structuur van de DGEC: Het RIZIV > Structuur > De Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle.

#### d. Wat zijn de bevoegdheden van het inspecterend personeel van de DGEC?

Om hun opdrachten goed te kunnen uitvoeren heeft de wet aan het inspecterend personeel bevoegdheden toegekend<sup>40</sup>.

Dit zijn de voornaamste bevoegdheden:

- op elk ogenblik van de dag of van de nacht, zonder voorafgaande verwittiging, vrij binnengaan in alle werkplaatsen of andere plaatsen die aan hun toezicht onderworpen zijn
- binnengaan in de bewoonde lokalen met een huiszoekingsbevel van de onderzoeksrechter
- elke persoon ondervragen wiens verhoor nuttig wordt geacht
- overgaan tot het opsporen en onderzoeken van informatiedragers die sociale gegevens en gegevens bevatten die ingevolge de wetgeving dienen worden opgemaakt
- overgaan tot het opsporen en onderzoeken van informatiedragers die gelijk welke andere gegevens bevatten die voor het onderzoek nodig zijn
- het downloaden of het nemen van kopieën onder gelijk welke vorm, van de informatiedragers of van de gegevens die ze bevatten of ze hen kosteloos doen bezorgen
- het eisen van een vertaling van de gegevens in één van de drie landstalen, indien de gegevens in een andere taal zijn opgesteld
- vaststellingen doen door middel van beeldmateriaal

36. Gvu-wet, art. 73bis.

37. Gvu-wet, art. 142 § 1.

38. Gvu-wet, art. 34.

39. Gvu-wet, art. 2 n.

40. SSW, art. 23 tot 39 en Gvu-wet, art. 150.

- ze kunnen de zorgverleners verplichten hen alle inlichtingen of documenten te bezorgen die ze nodig achten voor hun onderzoek
- het in beslag nemen of verzegelen van elke informatiedrager – boeken, registers, documenten, elektronische dragers – die nodig zijn voor het uitvoeren van hun opdracht
- elk officieel identiteitsdocument opvragen (identiteitskaart, paspoort, rijbewijs, enz.), vaststellingen doen, foto's nemen
- waarschuwingen geven of processen-verbaal van vaststelling (PJ) opstellen
- de beroepsordes (Orde van artsen en Orde der apothekers)<sup>41</sup>, de Procureur des Konings<sup>42</sup> en andere federale controlediensten informeren voor zover de inlichtingen die ze in de uitoefening van hun opdracht inwonnen onder de bevoegdheid vallen van deze derden<sup>43</sup>.

De mededeling en het gebruik van die inlichtingen en documenten zijn onderworpen aan de eerbiediging van het professioneel geheim<sup>44</sup>.

Iedere persoon die de inspecteur hindert bij de uitoefening van zijn opdracht kan gestraft worden<sup>45</sup>.

Als zij inbreuken op de wettelijke of reglementaire bepalingen vaststellen met betrekking tot de verzekering voor geneeskundige verzorging, stellen zij processen-verbaal op die rechtsgeldig zijn tot bewijs van het tegendeel.

Het inspecterend personeel van de DGEC voegt bij de kennisgeving van een proces-verbaal van vaststelling een **uitnodiging tot vrijwillige terugbetaling** (UVT)<sup>46</sup>. Het is een uitnodiging om het bedrag van de verstrekkingen die ten onrechte aan de Gvu-verzekering werden aangerekend vrijwillig terug te betalen.

Indien het terug te betalen bedrag:

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

41. Gvu-wet, art. 146 § 3.

42. Wetboek van Strafvordering, art. 29.

43. SSW, art. 54.

44. Gvu-wet, art. 150.

45. SSW, art. 209.

46. Gvu-wet, art. 142 § 2 4e lid.





2<sup>e</sup> Deel  
Het aanrekenen  
van verstrekkingen





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

## I. Getuigschrift voor verstrekte hulp



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



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

Dit heeft tot gevolg dat:

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

Er bestaan verschillende modellen, vastgelegd in een verordening<sup>47</sup>:

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

In bepaalde gevallen moet je attesteren via elektronische weg.

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

Voorbeelden

- o GVH

HIERNA INVULLEN OF KLEEFBRIEFJE V.J. AANBRENGEN					
Naam en voornaam van de patiënt: .....					
Verzekeringsinstelling: .....					
INSZ: <b>12</b> .....					
Adres van de patiënt: .....					
GETUIGSCHRIFT VOOR VERSTREKTE HULP					
IN TE VULLEN DOOR DE VERSTREKKER					
Naam en voornaam van de patiënt: <b>1</b> .....					
Datum van de verstrekking	Nummer v.v. homeclatuur		Datum van de verstrekking	Nummer v.v. homeclatuur	
<b>2</b>	<b>3</b>	<b>13</b>			
(i)	(i)		(i)	(i)	
Voorgeschreven door: <b>10</b> .....					
op datum van: ..... Naam en voornaam					
RIZIV-identificatienummer van de voorschrijver: .....					
Goedkeuring door de adviserend medischheer op datum van: .....					
voor de periode van <b>11</b> ..... of: .....					
Patiënt is gehospitaliseerd / ambulante (2):					
Nummer van de instelling: .....					
Dienst: .....					
(1) De niet gebruikte velden doorhalen					
(2) Schrapen wat niet past					
Identificatie van de verstrekker: <b>5</b> K.B. 15.07.2002 EUR					
<b>4</b>					
Datum: <b>6</b> .....					
Handtekening van de verstrekker: <b>7</b> .....					
ONTVANGSTBEWIJS					
Geïnd voor rekening van KBO nr.: .....					
Ontvangen de som van: <b>9</b> EUR Datum: <b>8</b> .....					
Handtekening: <b>7</b> .....					



## II. Gebruik van de GVH

### 1. Ben je verplicht het getuigschrift af te leveren?

Wanneer je verstrekkingen aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de ziekteverzekering, moet je aan:

- de patiënt
  - of
  - de ziekenfondsen bij toepassing van de derdebetalersregeling
- ofwel:
- een getuigschrift voor verstrekte hulp (GVH)
  - een getuigschrift van aflevering
  - of een gelijkwaardig document uitreiken waarvan het model door het Verzekeringscomité is vastgelegd<sup>48</sup>.

Op dat GVVH vermeld je de uitgevoerde verstrekkingen ofwel:

- via de code uit de nomenclatuur
- op de manier bepaald in een verordening opgesteld door het Verzekeringscomité op voorstel van de bevoegde Technische Raad in functie van de aard van de verstrekkingen<sup>49</sup>.

Als je zowel vergoedbare als niet-vergoedbare verstrekkingen uitvoert, moet je de patiënt een bewijsstuk geven (zie punt II. 9.).

### 2. Hoe kan je de GVH bestellen<sup>50</sup>?

Je kan die bestellen via de website [www.medattest.be](http://www.medattest.be):

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



RIZIV - getuigschriften  
Postbus 30005  
1000 Brussel

of

- te faxen naar 02 278 55 00.

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

Je bestelling wordt binnen de negen werkdagen na ontvangst van je betaling geleverd. Je moet op voorhand betalen; betaling kan via online banking, kredietkaart of overschrijving. Bij bestellingen van meer dan één doos krijg je een korting. Je kan een mandataris voor online bestellingen aanstellen.

Je moet ook het eShop van eHealth gebruiken.

48. GVVU-wet, art. 53.

49. GVVU-wet, art. 53 § 1.

50. GVVU-wet, art. 53 §§ 2 en 3.



Meer informatie op de website:

- [www.eHealth.fgov.be](http://www.eHealth.fgov.be), Zorgverlener > Online diensten > e-shop
- [www.medattest.be](http://www.medattest.be)
- [www.riziv.be](http://www.riziv.be), Professionals > Info voor allen > Bestellen van getuigschriftenboekjes.

### 3. Mag je de GVH van een collega gebruiken?

In hoogdringende gevallen mogen de ziekenfondsen - uitzonderlijk - getuigschriften voor verstrekte hulp aanvaarden en boeken die door een zorgverlener op getuigschriften van een collega zijn aangerekend, op voorwaarde dat<sup>51</sup>:

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

51. VGV, art. 6.

## 4. Hoe moet je een GVH invullen?

De volgende elementen moet je op het GVH vermelden (zie voorbeeld in punt 1.)<sup>52</sup>:

- In 1 de naam en de voornaam van de verzekerde aan wie de verzorging werd verstrekt
- In 2 de datum waarop de verstrekkingen werden uitgevoerd. Die datum kan verschillen van de datum waarop het getuigschrift werd uitgereikt (beide data moeten worden vermeld)
- In 3 de nomenclatuurcodes van de uitgevoerde verstrekkingen
- In 4 je stempel
- In 5 de vermelding:
- “ja” als je het remgeld integraal hebt ontvangen
  - “neen” of “0” indien geen remgeld werd betaald
  - of het **werkelijk** betaalde bedrag, met inbegrip van het remgeld<sup>52</sup>, zodat het ziekenfonds kan nagaan of het te factureren maximumbedrag werd overschreden of niet (zie maximumfactuur MAF, 4<sup>e</sup> Deel, IV.)
- In 6 de datum waarop het getuigschrift voor verstrekte hulp werd uitgereikt
- In 7 je handtekening: door die ondertekening ben je verantwoordelijk voor de juistheid van de gegevens op het getuigschrift en/of op het ontvangstbewijs
- In 8 de eventuele datum waarop de honoraria werden geïnd
- In 9 het bedrag van de geïnde honoraria<sup>53</sup> of je de verstrekkingen nu hebt uitgevoerd voor eigen rekening of voor die van iemand anders.
- Wanneer je verstrekkingen aanrekenen waarvoor een voorschrift is vereist, dan moet je:
- in 10 het RIZIV-nummer en de identificatiegegevens van de voorschrijver vermelden
  - in 11, melden dat je het voorschrift bij het GVH voegt of de datum vermelden van het GVH waarbij het voorschrift werd gevoegd (in het geval waarin een voorschrift meerdere GVH's wettigt)<sup>54</sup>
- Vak 12 is bestemd voor de patiënt.
- Vak 13 is bestemd voor de mutualiteit.

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



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

Daar staat je inschrijvingsnummer bij de Kruispuntbank voor Ondernemingen (zie 1<sup>e</sup> Deel, I. 4.).

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

53. K.B. van 15-07-2002, art. 3.

54. G.V.U.-wet, art. 53.

55. V.G.V., art. 6 § 2.



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

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

## 6. Wanneer moet je het GVH uitreiken of ontvangstbewijs?

Volgens de GVO-wet, moet je het GVH aan de patiënt geven **zodra mogelijk**<sup>56</sup>, en **ten laatste twee maanden**<sup>57</sup> na het einde van de maand waarin je de verstrekkingen hebt uitgevoerd.

Het Wetboek van belastinginkomsten<sup>58</sup> echter schrijft voor dat je het GVH moet meegeven **op het moment van de verstrekking**<sup>59</sup>, of de patiënt betaalt of niet.

### Praktisch:

#### a. Wanneer de patiënt betaalt

- contante of via bankkaart: moet je het ontvangstbewijs bevestigd aan het GVH terzelfdertijd meegeven<sup>60</sup> zonder het ontvangstbewijs te verwijderen en met de vermelding van het bedrag dat je hebt ontvangen voor de verstrekking en de honoraria
- door storting of overschrijving: je moet het GVH bij de verstrekking overhandigen, maar je moet het bedrag niet vermelden of het ontvangstbewijs meegeven
- met uitstel (« uitgestelde betaling »): je moet het GVH overhandigen op het moment van de verstrekking en het ontvangstbewijs op dat van de inning van de honoraria<sup>61</sup>. Je kan je patiënt, desgewenst, een schuldbekentenis laten tekenen of een ontvangstbewijs voor het niet geregelde GVH.

#### b. De derdebetalersregeling toepassen

Je moet het getuigschrift **zodra het mogelijk**<sup>62</sup> is en uiterlijk **binnen de twee maanden** afleveren volgend op het einde van:

- de maand, waarin de verstrekking werd verricht
- ofwel van het kwartaal wanneer een driemaandelijks facturatie toegelaten is<sup>63</sup>.

Afwijkingen op die regels zijn opgenomen in de overeenkomsten en van kracht voor de duur van de overeenkomsten.

Een administratieve geldboete kan voor elke inbreuk worden opgelegd, zonder voorafgaandelijke verwittiging<sup>64</sup>.

De ziekenfondsen mogen geen (gedeeltelijke of gehele) vergoeding toekennen, indien ze geen getuigschrift voor verstrekte hulp hebben gekregen<sup>65</sup>.

56. GVO-wet, art. 53 § 1 8e lid.

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

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

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

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

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


62. GVO-wet, art. 53 § 1 3e lid.

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

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

65. GVO-wet, art. 53 § 1 2e lid.

## 7. Wat is het fiscale dubbel?

 Het **fiscale dubbel** is een kopie van het getuigschrift. Het vermeldt de aangerekende verstrekkingen met hun nomenclatuurnummer, maar niet de identiteit van de patiënt. Het getuigschrift en het fiscale dubbel hebben hetzelfde boek- en bladnummer. Het fiscale dubbel is bedoeld voor een eventuele fiscale controle<sup>66</sup>. De DGEC kan het wel opvragen in het kader van haar bevoegdheden<sup>67</sup>.

## 8. Wanneer moet je een bewijsstuk aan de patiënt geven?

Je moet de patiënt een bewijsstuk geven wanneer je<sup>68</sup>:


- de patiënt bedragen aanrekenen voor verstrekkingen die al dan niet door de VGVU worden vergoed
- of de derdebetalersregeling toepast via elektronische weg (voor alle zorgverleners), en via papieren weg voor de logopedisten<sup>69</sup> en de vroedvrouwen<sup>70</sup>.

## 9. Wat bevat het bewijsstuk?

Het bewijsstuk met daarop<sup>71</sup>:


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

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

 Meer informatie : [www.riziv.be](http://www.riziv.be), Professionals > Info voor allen : Uitreiking van een bewijsstuk aan de patiënt.

## 10. Hoe kan je voor andermans rekening aanrekenen?

Die situatie komt vooral voor in diverse vormen van vennootschappen en in associaties: de zorgverlener is dus een andere persoon dan de fiscaal verantwoordelijke<sup>72</sup>. Je moet dan de getuigschriften van de vennootschap of associatie gebruiken.

 Per verstrekking moet je uitdrukkelijk vermelden wie de verstrekking(en) heeft verricht.

66. Ministerieel Besluit van 17-12-1998, art. 13.

67. SSW, art. 28 2°.

68. GVVU-wet, art. 53 § 1/2

69. Overeenkomst tussen de logopedisten en de Verzekeringsinstellingen van 22-01-2015, art. 8 § 2 al.2.

70. Overeenkomst tussen de vroedvrouwen en de Verzekeringsinstellingen, gecoördineerde tekst vanaf 1 februari 2013, art. 4.

71. GVVU-wet, art. 53 § 1/2.

72. VGV, art. 6 § 2.

## 11. Aanrekenen via een tarificatiedienst

Via de derde betalersregeling kan je het volgende opsturen naar de tarificatiedienst ofwel:


- je ondertekende GVH
- een overzicht van je prestaties. In dat geval zal de dienst het GVH opmaken. Je ondertekent ze nadien omdat je volledig verantwoordelijk blijft voor de geattesteerde verstrekkingen.

De dienst stuurt de GVH naar elk ziekenfonds met een listing van de bedragen die aan u moeten betaald worden.

## 12. Hoe lang moet je de gebruikte getuigschriftenboekjes en de koppies van de bewijsstukken bewaren?

Voor de belastingadministratie dienen de fiscale boekjes en de koppies van de bewijsstukken gedurende acht jaar bewaard te worden vanaf de 1<sup>e</sup> januari van het kalenderjaar waarin ze gebruikt werden<sup>73</sup>.

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

 Er is een ander model van de getuigschriften. De oude kunnen nog worden gebruikt tot 31 december 2016<sup>74</sup>.


## III. Gebruik van de VGVH

### 1. Wanneer het VGVH gebruiken?

Je moet het VGVH gebruiken om verstrekkingen te kunnen aanrekenen uitgevoerd:

- in een ziekenhuis
- in een instelling
- door een groep zorgverleners<sup>75</sup>.

Een verzamelgetuigschrift laat toe om de verstrekkingen van **meerdere zorgverleners**, verleend aan **eenzelfde patiënt**, gezamenlijk aan te rekenen. Die verstrekkingen kunnen op **eenzelfde of meerdere dagen** verleend zijn.

 De erelonen van prestaties verstrekt aan in het ziekenhuis opgenomen patiënten worden door de instelling geïnd<sup>76</sup>.

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

74. VGV, art. 33 2e lid.

75. VGV, art. 6 § 14.

76. K.B. van 10-07-2008 houdende coördinatie van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, art. 147.

## 2. Hoe het VGVH gebruiken?


Volgende elementen moeten op een VGVH vermeld staan:

- de identiteit van diegene die de zorg gekregen heeft
- de verstrekkingen, op meerdere horizontale lijnen, met telkens per lijn:
  - de datum
  - het nomenclatuurnummer
  - het RIZIV-nummer + naam verstrekker
  - het RIZIV-nummer + naam voorschrijver
  - het bedrag tussenkomst V.I.

## 3. Gebruiksvoorwaarden

Bij het gebruik van verzamelgetuigschriften moet aan de volgende voorwaarden voldaan zijn<sup>77</sup>:

- voor elke verstrekking moet de zorgverlener die de verstrekking heeft uitgevoerd geïdentificeerd worden
- de aanwezigheid van interne documenten: een intern document is ieder document waarin de verrichte verstrekking (= nomenclatuurnummer) en diegene die ze werkelijk verricht, vermeld staan en dat door deze laatste is ondertekend. Dat kan een tarificatieformulier zijn, een medisch dossier, een register op papier of op elektronische drager. Interne documenten moeten drie jaar worden bewaard
- de ondertekenaar van het verzamelgetuigschrift moet een geneesheer zijn of behoren tot het beroep waartoe de geattesteerde verstrekkingen behoren
- er moet een schriftelijke lastgeving zijn, waarbij de verstrekker toestemming geeft om zijn verstrekkingen te laten aanrekenen door de ondertekenaar van het verzamelgetuigschrift. Een schriftelijke lastgeving kan een volmacht zijn, een bepaling in het statuut of het arbeidscontract of onder een andere vorm. De schriftelijke lastgeving is belangrijk voor de aansprakelijkheid als er betwisting ontstaat over de attestering. Indien er geen schriftelijke lastgeving is en de zorgverlener van wie de naam vermeld is naast de aangerekende verstrekking niet instemt, hetzij met het aanrekenen in zijn naam, hetzij met de realiteit en conformiteit van de aangerekende verstrekking, dan kan de ondertekenaar aansprakelijk gesteld worden voor foutieve attestering.
- handtekenen rechts onderaan: *"Ik bevestig over documenten te beschikken die bewijzen dat de verstrekkingen werden uitgevoerd door de beoefenaar wiens naam er tegenover staat."*

 In aanwezigheid van een lastgeving en interne documenten blijft de verstrekker verantwoordelijk voor de juistheid (realiteit en conformiteit) van de geattesteerde verstrekkingen.

77. VGV, art. 6 § 14.

## M. Attesteren in functie van de nomenclatuur

### 1. Aanrekenen in functie van je bevoegdheid

De nomenclatuur bepaalt de bekwaamheid vereist om verstrekkingen te kunnen aanrekenen aan de ziekteverzekering<sup>78</sup>.

De bevoegdheidscode van je RIZIV-nummer geeft die bevoegdheid weer (zie 1<sup>e</sup> Deel, I. 3.).

### 2. Wat is de nomenclatuur?



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

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

Voor elke verstrekking geeft de nomenclatuur de volgende informatie:

- de **bevoegdheid** vereist om de verstrekking te mogen aanrekenen aan de ziekteverzekering
- een **nummer** van zes cijfers dat de verstrekking identificeert. Meestal zijn er twee nummers per verstrekking:
  - één voor ambulante
  - één voor gehospitaliseerde patiënten.
 Het is dat nummer dat je dient te vermelden in 3 van het GVH (zie punt II. 4.)
- een **omschrijving**: een beschrijving van de verstrekking zelf, al dan niet aangevuld met kwantitatieve of kwalitatieve voorwaarden met betrekking tot de vergoedbaarheid (zie hieronder de toepassingsregels)
- een **betrekkelijke waarde** die de hoegrootheid van de vergoeding bepaalt. Ze bestaat uit:
  - een **sleutelletter** die een aantal verstrekkingen groepeert. Bv. M voor kinesitherapie, W voor verpleegkundige verzorging, B voor klinische biologie, N voor onder andere raadplegingen en huisbezoeken. De waarde van de sleutelletter, in EUR, is het onderwerp van overleg tussen zorgverleners en ziekenfondsen
  - een **coëfficiëntgetal** die een vermenigvuldigingsfactor is
- **toepassingsregels** verduidelijken verder de vergoedbaarheid van één of meerdere verstrekkingen. In het laatste geval worden ze meestal vermeld aan het einde van het hoofdstuk. Dat betekent dus dat je bij het bestuderen van een bepaald nomenclatuurnummer steeds zowel de omschrijving als de toepassingsregels en interpretatieregels dienaangaande dient na te lezen.



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

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

**Interpretatieregels** kunnen de nomenclatuur verduidelijken.

### > Voorbeeld

In verband met de bilanzitting vóór het begin van een logopedische behandeling bepaalt de nomenclatuur in artikel 36 het volgende:

Nummer	Omschrijving	Sleutelletter	Coëfficiënt-getal
701013	Bilanzitting van ten minste 30 minuten vóór het begin van een logopedische behandeling	R	17,5

Op het einde van het hoofdstuk 36, § 4 vermeldt de nomenclatuur nog bijkomende bepalingen (de toepassingsregels):

*“De tegemoetkoming wordt eveneens geweigerd voor elke verstrekking 701013 - 701083, verricht vóór het voorschrijven ervan of na het begin van de logopedische behandeling, evenals voor elke verstrekking 702015 - 702085, 704012 - 704082, 706016 - 706086, 710010 - 710080 uitgevoerd na het einde van de periode van logopedische behandeling waarop ze betrekking heeft.”*

## 3. Wanneer kan een verstrekking terugbetaald worden?

De verstrekkingen opgenomen in de nomenclatuur worden terugbetaald wanneer zij:

- uitgevoerd werden in overeenstemming met de bepalingen van die nomenclatuur
- overeenstemmen met jouw bevoegdheid.

## 4. Mag je niet-vergoedbare verstrekkingen uitvoeren?

Je mag niet-vergoedbare verstrekkingen uitvoeren waarvoor je je bekwaam acht. Indat geval zijn de honoraria, die je zelf vrij mag bepalen<sup>79</sup> volledig ten laste van de patiënt. Je moet je patiënt dan ook op voorhand informeren<sup>80</sup>.

**!** Je mag geen GVH afleveren, maar de patiënt mag wel een ontvangstbewijs vragen.

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

### a. Als je tot het overeenkomst bent toegetreden

Als je tot het overeenkomst bent toegetreden moet je de honoraria die in de nomenclatuur worden vermeld toepassen, behalve indien de verzekerden bijzondere eisen stellen.

**>** Zo, als de plaats of het uur van de behandeling, als daar geen dwingende tandheelkundige of medische noodzaak voor is.

79. Wet uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, art. 35 2e lid. en GVV-wet, art. 50 § 6 2e lid.

80. Wet van 22-08-2002, art. 8 § 2.



Wanneer je een patiënt, wiens behandeling begon tijdens de uren waarop je tot de overeenkomst bent toegetreden, vraagt om zich opnieuw in je spreekkamer aan te melden (ook buiten de uren tijdens dewelke je tot de overeenkomst bent toegetreden), dan moet je de honorariumregeling toepassen die geldig was voor de eerste raadpleging.

## b. Als je niet tot de overeenkomst bent toegetreden

Je mag dan zelf het bedrag van je honorarium vaststellen.

Tijdens een georganiseerde wachtdienst moet je echter wel de honoraria toepassen voor de prestaties die in de nomenclatuur worden vermeld<sup>81</sup>.

## 6. Moet je de patiënten over het honorariumbedrag informeren?

Je ben verplicht de patiënt vooraf te informeren over het bedrag van je honorarium<sup>82</sup>.

Indien je je patiënt niet vooraf hebt geïnformeerd over de dagen en uren waarvoor je tot de overeenkomsten bent toegetreden, moet je de conventietarieven toepassen<sup>83</sup>.

## 7. Wanneer mag je het bijkomend honorarium voor dringende technische verstrekkingen aanrekenen en onder welke voorwaarden?

Je kan dat supplement enkel aanrekenen<sup>84</sup>:

- 's nachts van 21 uur tot 8 uur
- in het weekend: van zaterdag 8 uur tot maandag 8 uur
- op feestdagen: vanaf 21 uur de dag voordien tot 8 uur de dag nadien.

*“Het bijkomende honorarium voor dringende technische verstrekkingen mag alleen maar worden aangerekend in de gevallen waarin de toestand van de patiënt vergt dat die verzorging dringend wordt verleend tijdens de opgegeven uren en dagen. Dat bijkomende honorarium mag niet worden aangerekend wanneer de technische verstrekkingen tijdens de opgegeven dagen en uren worden verricht om persoonlijke redenen van de arts of ten gevolge van een bijzondere eis van de patiënt<sup>85</sup>”.*

## 8. Hoe kan je dit bijkomend honorarium voor dringende technische prestaties berekenen?

Je berekent het bedrag van het honorarium aan de hand van de sleutelletter en van het coëfficiëntgetal van de verstrekking.

In geval van meerdere verstrekkingen wordt het bijkomend honorarium berekend op basis van de som van de coëfficiëntgetallen van die verstrekkingen en dit voor elke periode van 24 uur (beginnend van 8 uur 's morgens).

De waarde van de sleutelletter wordt berekend aan de hand van de formule:  $N = 0,6 L = 0,6 K$ .

81. GVV-wet, art. 35 § 1 5e lid.

82. Wet van 22-08-2002, art. 8 § 2.

83. GVV-wet, art. 50 § 3.

84. NGV, art. 6 § 2ter 1e lid.

85. NGV, art. 2 F.

## 9. Welke feestdagen komen in aanmerking?

De feestdagen zijn<sup>86</sup>:

- 1 januari
- Paasmaandag
- 1 mei
- Hemelvaartsdag
- Pinkstermaandag
- 21 juli
- 15 augustus
- 1 november
- 11 november
- 25 december.

## 10. Wanneer moet je de code « gehospitaliseerd » gebruiken?

De patiënt heeft het statuut van gehospitaliseerde wanneer hij is opgenomen in een algemeen of psychiatrisch ziekenhuis, en dit tot het einde van de opname. De opname wordt niet beëindigd gedurende het weekend of voor verlof. Gedurende deze periode moet je de code gebruiken voor een gehospitaliseerde patiënt.

Bij opname in een dagkliniek daarentegen moet je de ambulante codes gebruiken, zowel tijdens de opname als na het vertrek.

## V. Bijkomende bepalingen bij de toepassing van de nomenclatuur

### 1. Kunnen verstrekkingen van louter esthetische aard door de ziekteverzekering worden terugbetaald?

Je kan geen ingrepen met een louter esthetisch doel aanrekenen, behalve in de gevallen welke zijn aanvaard in de revalidatie- en herscholingsprogramma's om de patiënt de mogelijkheid te bieden een betrekking te verkrijgen of te behouden<sup>87</sup>.

Ingrepen met een louter esthetisch doel worden niet vergoed.

86. NGV, art. 6 § 2ter 2e lid.

87. NGV, art. 1 § 7 en GVU-wet, art. 34 laatste lid.



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

Je mag aan de ziekteverzekering geen verstrekkingen aanrekenen die vergoedbaar zijn volgens een andere Belgische wetgeving, een vreemde wetgeving of het gemeen recht<sup>88</sup>. Je moet de betaling vragen aan de patiënt of aan een derde.

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



### Voorbeelden

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

De ziekteverzekering kan die voorschotten terugvorderen van die derden die achteraf verantwoordelijk worden gesteld (subrogatierecht)<sup>89</sup>.

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

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

Je kan geen verstrekkingen aanrekenen aan de ziekteverzekering die werden uitgevoerd bij een rechthebbende die zich niet werkelijk op Belgisch grondgebied bevindt of verricht buiten het Belgische grondgebied, tenzij anders bepaald<sup>90</sup>. In grensgemeenten kan evenwel een bijzondere regeling van toepassing zijn.

## 4. Mag je aan de ziekteverzekering verstrekkingen aanrekenen die in het kader van een door de werkgever georganiseerd onderzoek of op verzoek van derden zijn verricht?

Je mag aan de ziekteverzekering geen kosten aanrekenen voor de verstrekkingen die door de werkgevers, de particuliere instellingen of de openbare besturen worden geëist.

Hetzelfde geldt wanneer de kosten verbonden aan die verstrekkingen volledig voor rekening zijn van de openbare besturen, een openbare instelling of een instelling van openbaar nut.

88. GUV-wet, art. 136 § 2.

89. GUV-wet, art. 136 § 2 4e lid.

90. GUV-wet, art. 136 § 1.

Wanneer de kosten van die verstrekkingen slechts gedeeltelijk voor rekening zijn van de openbare besturen, een openbare instelling of een instelling van openbaar nut, vergoedt de ziekteverzekering het verschil ten opzichte van de verzekeringstarieven<sup>91</sup>.

De ziekteverzekering vergoedt geen technische diagnoseverstrekingen, uitgevoerd op initiatief van de werkgever en gericht tot alle personeelsleden of tot een deel van het personeel van zijn onderneming of van één van zijn diensten<sup>92</sup>.

## 5. Mag je aan verzekerden die in de gevangenis verblijven verstrekkingen aanrekenen?

Je mag geen geneeskundige verstrekkingen aan de ziekteverzekering aanrekenen, zolang de patiënt in een gevangenis is opgesloten, of in een inrichting tot bescherming van de maatschappij is geïnterneerd. Dat geldt niet voor de periode waarin de rechthebbende buiten de gevangenis of de instelling van sociale bescherming verblijft (bv. onder elektronisch toezicht of een maatregel van halve vrijheid)<sup>93</sup>.

## 6. Mag je aan de ziekteverzekering verstrekkingen aanrekenen die in het kader van wetenschappelijk onderzoek of van klinische proefnemingen zijn verricht?

Je mag verstrekkingen aanrekenen die zijn verricht in het kader van wetenschappelijk onderzoek of in het kader van klinische proefnemingen met producten of toestellen, op verzoek van handelsfirma's indien ze beantwoorden aan algemeen aanvaarde klinische aanbevelingen of aan een wetenschappelijke consensus<sup>94</sup>.

## 7. Hoe lang moet je documenten, verslagen en tracés waar de nomenclatuur naar verwijst bewaren?

Onverminderd de **bewaringstermijnen** die door andere wetgevingen of door de regels van de medische plichtenleer zijn opgelegd, moet je de verslagen, documenten, tracés en grafieken waarvan sprake is in de omschrijvingen in de nomenclatuur, alsook de protocollen van radiografieën en van laboratoriumonderzoeken, gedurende **minstens 2 jaar** bewaren<sup>95</sup>.

De wet op de patiëntenrechten geeft aan iedere patiënt het recht op inzage en afschrift van zijn dossier. Als het dossier zelf aan de patiënt wordt bezorgd (bijvoorbeeld bij het stopzetten van de praktijk) dan moet de zorgverlener ervoor zorgen dat hij over een kopie van dat dossier beschikt (zie ook 4<sup>e</sup> Deel, VI. 2. e.).

91. VGV, art. 2.

92. VGV, art. 3.

93. VGV, art. 5.

94. NGV, art. 1 § 9 en GVVU-wet, art. 34.

95. NGV, art. 1 § 8.

## 8. Wat moet je doen in geval van diagnostische verstrekkingen, waarvoor geen bewaarplicht van documenten is voorzien in de nomenclatuur?

Voor de diagnostische verstrekkingen waarvoor in de omschrijving niet duidelijk een verslag, een document, een tracé, een grafiek is gevraagd, moet je in het dossier aantonen dat het onderzoek is uitgevoerd<sup>96</sup>.

## 9. Mag je een patiënt een vergoeding aanrekenen voor een niet nagekomen afspraak?

Wanneer de afspraak niet tijdig werd afgezegd, mag je van je patiënten daarvoor een vergoeding vragen indien je ze hebt verwittigd door middel van een mededeling in de wachtzaal. Je mag die niet aanrekenen aan de ziekteverzekering en je mag in dat geval dus geen getuigschrift voor verstrekte hulp aan je patiënt bezorgen<sup>97</sup>.

## 10. Wat is de juridische basis van de nomenclatuur?

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

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

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

## 11. Wie stelt de nomenclatuur op?

Meestal zijn het de **Technische Raden** of eventueel de Overeenkomstencommissies die **voorstellen** doen of een **advies** geven omtrent wijzigingen in de nomenclatuur (wijzigingen in de omschrijving van prestaties, toevoegen of verwijderen van prestaties, enz.)<sup>98</sup>.

De respectieve Technisch raden bestaan uit vertegenwoordigers van de zorgverleners en verzekeringsinstellingen (V.I.). Eén lid van de DGEC, aangeduid door de Leidend ambtenaar van de Dienst, neemt deel aan de vergaderingen met raadgevende stem<sup>99</sup>.

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

De minister van Sociale Zaken, die zelf wijzigingen kan voorstellen of weigeren, kondigt die beslissingen daarna af per koninklijk besluit.

96. NGV, art.1 § 8.

97. Parlementaire vraag in de Senaat nr. 5-5336 van 19-01-2012 van de heer Louis IDE.

98. GVV-wet, art. 27 3<sup>e</sup> lid.

99. GVV-wet, art. 28 § 1.

Het **Verzekeringscomité**<sup>100</sup> is samengesteld door vertegenwoordigers van:

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

## 12. Waar kan je de nomenclatuur raadplegen?



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

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

“Nomensoft” geeft voor elke code, onder andere:

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

## 13. Heb je vragen omtrent de juiste interpretatie van de nomenclatuur?

Je kan daarvoor terecht:

- op de site van het RIZIV: [www.riziv.be](http://www.riziv.be). Je vindt er onder andere de nomenclatuur, en ook de erbij horende interpretatieregels
- bij andere instellingen zoals V.I., beroeps- en wetenschappelijke verenigingen, die ook informatie over dit onderwerp geven
- of, als je bij je beroepsvereniging of op het web geen antwoord hebt gevonden, stuurt je vraag naar:



RIZIV  
Dienst voor geneeskundige verzorging  
Tervurenlaan 211  
1150 Brussel.

Deze dienst zal je vraag beantwoorden of, indien nodig, voorleggen aan de Technisch Raad die de vraag ten gronde zal behandelen.



Hoewel dit niet in de wet is vastgelegd, worden de geneesmiddelen die in de openbare officina's worden afgeleverd, altijd volgens de modaliteiten van de derdebetalersregeling terugbetaald.

## VI. Derdebetalersregeling<sup>101</sup>



De **derdebetalersregeling** is een betalingswijze waarbij je de betaling van de verschuldigde tegemoetkoming rechtstreeks ontvangt van het ziekenfonds van de patiënt<sup>102</sup>. De patiënt betaalt alleen het eventuele remgeld en toeslagen.

### 1. Wanneer en hoe kan je de derdebetalersregeling toepassen?

Je kan de derdebetalersregeling toepassen voor verstrekkingen uitgevoerd bij een patiënt (en voor zijn personen ten laste) :

- die zich bevindt in:
  - een centrum voor geestelijke gezondheidszorg
  - een centrum voor gezinsplanning en seksuele voorlichting
  - een centrum voor opvang van toxicomanen
- In die gevallen moet je de GVH niet rechtstreeks naar het ziekenfonds doorsturen maar via het centrum, dat de aanvraag voor toepassing van de derdebetalersregeling bijvoegt
- een inrichting gespecialiseerd in het verzorgen van kinderen, bejaarden of mindervaliden
  - In dat geval kan je de derdebetalersregeling alleen maar aanvragen voor de verstrekkingen die niet worden gedekt door een forfait. Je moet de GVH niet rechtstreeks naar het ziekenfonds doorsturen maar via het centrum, dat de aanvraag voor toepassing van de derdebetalersregeling bijvoegt

101. K.B. van 18-09-2015.

102. K.B. van 18-09-2015, art. 9 3e lid.

- die recht heeft op de sociale derdebetaler, dat wil zeggen die:
  - zich in een occasionele individuele financiële noodsituatie bevind



De **occasionele financiële noodsituatie** betreft die situaties waarin de patiënt niet kan betalen, cash of uitgesteld, omwille van een gebrek aan middelen of omdat het niet past omwille van sociale motieven. Dat is niet het geval wanneer de patiënt wel of voldoende middelen beschikt maar tijdelijk niet over geld beschikt.



De DGEC is bevoegd voor de controle op een systematische en verkeerde toepassing van die verklaring.

- geniet van de verhoogde tegemoetkoming  
Je kan weten of je patiënt het statuut « rechthebbende op verhoogde tegemoetkoming » heeft via:
    - de online-raadpleging van de gegevens van de patiënt via zijn elektronische identiteitskaart (zie 4<sup>e</sup> Deel, II.)
    - het kleefbriefje waarop het laatste cijfer van de eerste code gerechtigde 1 is (=XX1/XXX)
    - een specifiek attest afgeleverd door de verzekeringsinstelling
  - die als gerechtigde en de personen te zijnen vrijgesteld is van bijdrageplicht omdat het jaarlijks bruto belastbaar gezinsinkomen niet hoger is dan het bedrag van het leefloon\*
  - al minstens zes maand gecontroleerd volledig werkloos is zijn en daarbij gezinshoofd of alleenstaande is\*
  - recht heeft op verhoogde kinderbijslag\*
  - met het statuut « chronische zieke »\*
- comateuze toestand is
  - die overlijdt tijdens de behandeling
  - in het kader van een georganiseerde wachtdienst<sup>103</sup>.

Opticiens<sup>104</sup> en orthopedisten<sup>105</sup> hebben zich ertoe verbonden de derdebetalersregeling toe te passen voor de patiënten die aanspraak kunnen maken op de sociale derdebetalersregeling, en dit op hun vraag.

De orthopedisten passen **altijd** de derdebetalersregeling toe wanneer de voorziene vergoedingsbasis van de verzorging meer dan 310 EUR bedraagt. Onder dat bedrag hebben ze de keuze om de regeling al dan niet toe te passen.

De vroedvrouwen kunnen opteren voor de toepassing van de derdebetalersregeling voor alle verstrekkingen bij alle patiënten.

In deze gevallen moet je met het GVH aan de V.I. de reden opgeven waarom de derdebetalersregeling van toepassing is.

Je mag voor alle verstrekkingen verleend aan een patiënt waarvoor de toepassing van de derdebetalersregeling is toegestaan, aan de verzekeringsinstelling de terugbetaling van de verstrekkingen vragen volgens de derdebetalersregeling. Volgens de Overeenkomsten gebeurt de terugbetaling binnen de zes weken tot twee maanden nadat de verzekeringsinstelling de documenten heeft ontvangen<sup>106</sup>.



\* In de vier situaties hiernaast word je geïnformeerd over het statuut van de patiënt door:

- een attest, voor de eerste drie situaties
- een brief in het vierde geval

die het ziekenfonds naar de patiënt heeft gestuurd.

103. K.B. van 18-09-2015, art. 4 § 1 2e lid.


104. Overeenkomst tussen de opticiens en de Verzekeringsinstellingen van 24-10-2013, art. 5 3°

105. Overeenkomst tussen de orthopedisten en de Verzekeringsinstellingen van 13-12-2005, art. 4.

106. K.B. van 18-09-2015, art. 4 § 1 2e lid.

## 2. Hoe kan je de derdebetalersregeling toepassen in de andere gevallen?

Behoudens de situaties vermeld in punt 1 waar de derdebetalersregeling altijd is toegestaan volgens de voorziene modaliteiten, moet je via een aangetekende brief<sup>107</sup> een aanvraag om de derdebetalersregeling te mogen toepassen, indienen bij het:

 Nationaal Intermutualistisch College  
Commissie derdebetaler  
Sint-Pieterssteenweg 373  
1080 Brussel.

## 3. Kan de toelating voor toepassing van de derdebetalersregeling worden ingetrokken?

De Leidend ambtenaar van de DGEC kan je een verbod opleggen tot toepassing van de derdebetalersregeling als je<sup>108</sup>:

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

Indien er ernstige, duidelijke en overeenstemmende aanwijzingen zijn van bedrog, kan de Leidend ambtenaar van de DGEC de uitbetaling door de ziekenfondsen van de verschuldigde bedragen via de derdebetalersregeling, opschorten, volledig of gedeeltelijk, en dat voor een periode van maximum 12 maanden. Je kan beroep aantekenen, maar dat werkt niet opschortend<sup>109</sup>.

Wat betreft de logopedisten<sup>110</sup> en de vroedvrouwen<sup>111</sup> kan de Overeenkomstencommissie je uitsluiten van de derdebetalersregeling voor een periode van één maand tot één jaar wanneer je onregelmatigheden hebt begaan bij verstrekkingen via de derdebetalersregeling. In geval van recidive binnen een periode van vijf jaar, kan die uitsluiting definitief worden.

107. K.B. van 18-09-2015, art. 9 1<sup>e</sup> lid.

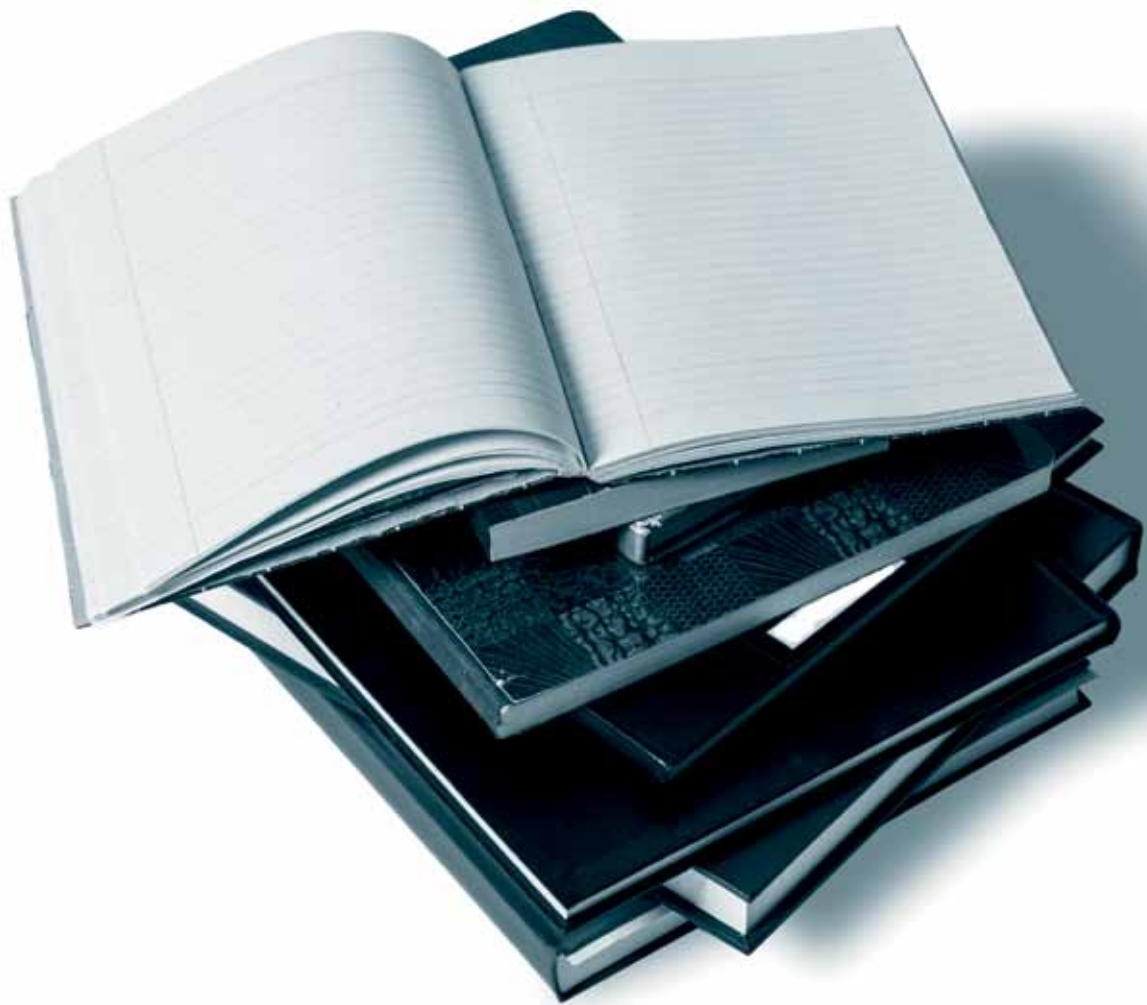
108. K.B. van 18-09-2015, art. 11.

109. GVU-wet art. 77*sexies*.

110. Overeenkomst tussen de logopedisten en de Verzekeringsinstellingen van 22-01-2015, art. 10 § 2

111. Overeenkomst tussen de vroedvrouwen en de Verzekeringsinstellingen, gecoördineerde tekst vanaf 1 februari 2013, art. 8 § 3.

3<sup>e</sup> Deel  
Het voorschrift







In dit deel vind je informatie over het voorschrijven van paramedische zorgen en over het geneesmiddelen voorschrift als vroedvrouw.

## I. Regels voor alle voorschriften

### 1. Voor welke verstrekkingen is een voorschrift een vergoedingsvoorwaarde<sup>112</sup>?

Een voorschrift is een vergoedingsvoorwaarde voor:

- de verzorging verleend door verpleegkundigen en vroedvrouwen
- de behandelingen die tot de bevoegdheid van de kinesitherapeuten behoren
- de verstrekkingen inzake klinische biologie, nucleaire geneeskunde in vitro, pathologische anatomie en genetica
- de verstrekkingen inzake medische beeldvorming
- de verstrekkingen of afleveringen die worden geacht in de bevoegdheid te behoren van bandagisten, orthopedisten of opticiens
- de verstrekkingen verricht door logopedisten of orthoptisten
- de spreektoestellen voor personen bij wie een laryngectomie is uitgevoerd
- uitwendige prothesen in het geval van verminking van het gelaat
- de haarprothesen
- de telescopische brillen
- het materiaal voor de thuisbehandeling van anemie van Cooley
- de diëtetiek- en de podologieverstrekingen.

### 2. Welke gegevens moet het voorschrift vermelden?

#### a. Minimale administratieve gegevens

Op het onderstaande model<sup>113</sup> zie je welke gegevens ten minste op het voorschrift moeten staan. Voor verstrekkingen in de radiologie<sup>114</sup>, diëtetiek en podologie<sup>115</sup> is een specifiek model verplicht.

Het niet volledig invullen van de minimale administratieve gegevens verhoogt de kans op vergissingen en misbruiken.



Je mag in geen enkel geval ingaan op de vraag van de patiënt of van zijn familie om voor te schrijven op een andere naam dan die van de patiënt.

Je mag ook niet om een voorschrift verzoeken na het begin van de behandeling (“naschrift”).

112. VGV, art. 6, § 17.

113. VGV, bijlage 32.

114. VGV, bijlage 82.

115. VGV, bijlage 66.

## BIJLAGE 32

-----  
**AANVRAAG- OF VOORSCHRIFTFORMULIER**

IN TE VULLEN DOOR DE GERECHTIGDE	IN TE VULLEN DOOR DE VOORSCHRIJVER
Adres van de gerechtigde :	Naam en voornaam van de patiënt :
Hierna invullen of kleeftbriefje V.I. aanbrengen.	Gerechtigde - Echtgenote - Kind - Ascendent (1)
Naam en voornaam van de gerechtigde :	Geboortedatum van de patiënt (2) :
Verzekeringsinstelling :	(1) Schrappen wat niet past. (2) Enkel voor brillen voor kinderen jonger dan 12 jaar.
Inschrijvingsnummer :	
Verstrekingen en/of afleveringen	
<b>VERPLEGINGSINRICHTING</b> (Indien de patiënt gehospitaliseerd is)	<b>VOORSCHRIJVER</b>
Naam van de inrichting :	Naam en voornaam :
Identificatienummer :	Adres :
Dienst :	RIZIV ident. nr. :
	Datum :                      Handtekening :

Vaak vastgestelde fouten op voorschriften:

- ontbreken of onleesbaar zijn van de naam van de patiënt : het voorschrift heeft een individueel karakter ; het ontbreken of onleesbaar zijn van de naam van de patiënt doet hieraan afbreuk en opent de poort voor misbruiken
- ontbreken van de handtekening : vergemakkelijkt het vervalsen van het voorschrift
- ontbreken van de datum: essentieel onder andere omdat de geldigheidsduur van bepaalde voorschriften beperkt is.

In de mate van het mogelijke moet je de juistheid van de administratieve gegevens nagaan.

### b. Specifieke gegevens met betrekking tot de inhoud en de medische motivering van het voorschrift

De **nomenclatuur** stelt per sector bijkomende specifieke voorwaarden met betrekking tot de **inhoud** en de **medische motivering** van het voorschrift. De specifieke voorschriftformulieren vind je in de bijlagen van de Verordening Geneeskundige Verzorging van 28-07-2003.

### 3. Wat zijn de mogelijke gevolgen van het afleveren van een onvolledig voorschrift ?

Voor jou als **uitvoerder** van het voorschrift is een geldig voorschrift vaak een vergoedingsvoorwaarde. Het is dan ook aan te raden het onvolledige voorschrift voor verbetering aan te bieden aan de voorschrijver.

Voor de **voorschrijver**: wanneer de zorgverlener de administratieve of medische documenten niet heeft opgesteld in overeenstemming met de wettelijke of reglementaire bepalingen kan er een geldboete van 50 tot 500 EUR<sup>116</sup> worden opgelegd.

### 4. Mag de voorschrijver de naam van de uitvoerder op het voorschrift vermelden?

De patiënt is vrij zich tot de zorgverlener van zijn keuze te wenden<sup>117</sup>. Briefhoofden of vermeldingen die verwijzen naar een bepaalde zorgverlener zijn niet toegestaan.

## II. Vroedvrouwen: voorschrijven van geneesmiddelen en arbeidsongeschiktheid

Ben je vroedvrouw en heb je een specifieke vorming gevolgd, dan kan je geneesmiddelen voorschrijven in verband met normale zwangerschap, normale bevalling en het postpartum<sup>118</sup>.

Je moet het visum en de specifieke erkenning aanvragen bij de FOD Volksgezondheid en dan je specifieke bekwaamheidscode bij het RIZIV aanvragen.

Je mag ook een attest voor arbeidsongeschiktheid invullen.



Meer info: [www.riziv.be](http://www.riziv.be), Professionals > Zorgverleners: Vroedvrouwen > Geneesmiddelen voorschrijven of Het opmaken van een getuigschrift voor arbeidsongeschiktheid.

116. G.V.U.-wet, art. 142 § 1 7°.

117. G.V.U.-wet, art. 127 en wet van 22-08-2002 betreffende de rechten van de patiënt, art. 6.

118. K.B. van 15-12-2013.

4<sup>e</sup> Deel  
De zorgverlener  
en zijn patiënt





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

## I. De verschillende soorten verzekeringen voor geneeskundige verzorging

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

Die verzekering “geneeskundige verzorging” dekt alle types van verzorging die in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen zijn opgenomen<sup>119</sup>.

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

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

### 2. De aanvullende verzekering

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



#### Voorbeelden

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

### 3. Andere verzekeringen

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



#### Voorbeelden

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

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



#### Voorbeelden

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

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

Indien de verantwoordelijkheid nog niet is toegewezen, zal het ziekenfonds echter de onkosten vergoeden (aan je patiënt of aan jezelf in het geval van de derdebetalersregeling) om ze na de juridische uitspraak te verhalen op de verantwoordelijke verzekering (subrogatierecht)<sup>120</sup>.

### 4. Private en individuele verzekeringen

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



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

### 5. Vlaamse zorgverzekering

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

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



Meer informatie: [www.zorg-en-gezondheid.be](http://www.zorg-en-gezondheid.be).

### 6. Specifieke verzekeringen

Er bestaan specifieke verzekeringen met eigen regels.



Verzekering voor het personeel van de Europese Unie.



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

## II. Verzekerbbaarheid “geneeskundige verzorging” van de patiënt

### 1. Persoon die aan de Belgische sociale zekerheid is onderworpen

#### a. Identificatie van de sociaal verzekerde

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

De geldige elektronische identiteitsbewijzen zijn:

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



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

#### b. Controle van de verzekerbbaarheid (recht op terugbetaling van gezondheidszorgen)

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

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

#### c. Gebruik van SIS-kaart

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

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



Meer informatie op de websites van:

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

## d. Bewijs van verzekeraarbaarheid in het buitenland

Iemand die geniet van het Belgische sociale zekerheidssysteem en die op reis gaat binnen Europa, heeft er belang bij een Europese Ziekteverzekeringskaart (EZVK) mee te nemen als bewijs van zijn verzekeraarbaarheid (te bekomen op eenvoudige aanvraag bij zijn ziekenfonds)<sup>121</sup>.



Meer informatie:

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

## 2. Een verzekerde die tijdelijk in België verblijft

### a. Inwoner van de Europese economische ruimte<sup>122</sup> en Zwitserland

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

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



Wat betreft de kwaliteit van de behandeling, de tarifiering, de informatieverstrekking over niet door de ziekteverzekering vergoede kosten en de aflevering van getuigschriften moet de zorgverlener dus dezelfde regels toepassen als bij een Belgische patiënt<sup>123</sup>.

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



De EZVK dekt in geen geval geplande medische zorgen.

### b. Inwoner van een land waarmee België een bilaterale overeenkomst betreffende de sociale zekerheid (met inbegrip van de ziekteverzekering) heeft afgesloten<sup>124</sup>

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



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



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

121. G.V.U.-wet, art. 136 § 1 en K.B. van 03-07-1996, art. 294.

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

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

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



### c. Inwoner uit een ander land

Hij betaalt zelf zijn medische kosten.



Meer informatie:

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

## 3. Asielzoeker

### a. Asielzoeker in de loop van zijn procedure<sup>125</sup>

Een asielzoeker die asiel aanvraeg:

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

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



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

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

De RIZIV-nomenclatuur is van toepassing, mits een aantal wijzigingen al naargelang de situatie<sup>126</sup>.

125. Wet van 12-01-2007 betreffende de opvang van asielzoekers en van bepaalde andere categorieën van vreemdelingen.  
 126. K.B. van 09-04-2007.

## b. Asielzoeker na erkenning als vluchteling

Na de erkenning wordt hij in het ziekenfonds ingeschreven.

## c. Uitgeprocedeerde asielzoeker of persoon “zonder wettig verblijf”

Een uitgeprocedeerde asielzoeker is niet verzekeraar via het ziekenfonds. Hij heeft nochtans recht op ‘dringende medische hulp’ in het kader van de OCMW-wetgeving<sup>127</sup>. Deze regelgeving is ruimer dan de wet op de dringende medische hulpverlening. Het gaat hier in feite over alle medisch noodzakelijke zorg, zowel van preventieve, als van curatieve aard.

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



Meer informatie:

- het plaatselijk OCMW
- website van Fedasil: [www.fedasil.be](http://www.fedasil.be)
- website van de vzw Medimmigrant: [www.medimmigrant.be](http://www.medimmigrant.be).

## III. Het remgeld



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

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

### Is het remgeld altijd gelijk<sup>128</sup>?

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

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

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

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

128. G.V.U.-wet, art. 34 en 37.

## a. Het statuut van de patiënt

Het remgeld is lager<sup>129</sup> op basis van:

- de leeftijd:
  - tot de 10<sup>e</sup> verjaardag: het remgeld is beperkt voor de bezoeken van de huisarts
  - tot de 18<sup>e</sup> verjaardag, de tandheelkundige verzorging (behalve orthodontie) wordt volledig terugbetaald
  - vanaf 18 jaar varieert het remgeld, afhankelijk van de uitgevoerde verstrekking en het statuut van de patiënt (zie hieronder)
- sommige sociale voordelen<sup>130</sup> voor:
  - rechthebbenden op het bestaansminimum ("leefloon")<sup>131</sup> en dit gedurende drie opeenvolgende volledige maanden
  - steuntrekkers van het OCMW in het kader van de wet van 02 april 1965 en dit gedurende drie opeenvolgende volledige maanden
  - gerechtigden op de inkomensgarantie voor ouderen (IGO)<sup>132</sup>
  - gerechtigden op de inkomensgarantie voor ouderen alsook de persoon die het recht op de rentebijslag behoudt<sup>133</sup>
  - personen die effectief een uitkering ontvangen voor personen met een handicap<sup>134</sup>
  - rechthebbenden op verhoogde kinderbijslag (wegens lichamelijke of geestelijke ongeschiktheid van 66 %)
  - niet begeleide minderjarige vreemdelingen, in bepaalde omstandigheden<sup>135</sup>
  - wezen die beide ouders hebben verloren en die recht hebben op kinderbijslag
- het gezinsinkomen dat onder een bepaald grensbedrag ligt.  
Er zijn twee mogelijkheden:
  - de patiënt is:
    - weduwnaar/weduwe, gepensioneerd of invalide
    - een persoon die in het Rijksregister van de natuurlijke personen is ingeschreven en wegens zijn gezondheidstoestand als ongeschikt is erkend om arbeid ter verkrijging van inkomen te verrichten
    - een persoon die gedurende één jaar volledig werkloos is
    - een gerechtigde binnen een één-oudergezin
    - een persoon die recht heeft op een verwarmingstoelage, toegekend door een OCMW.

Het ziekenfonds zal hem vragen een verklaring in te vullen betreffende zijn **huidige** gezinsinkomen en daarbij vragen zij met name het laatste aanslag biljet toe te voegen.

Dit moet lager zijn dan een jaarlijks grensbedrag dat op basis van het aantal personen in uw gezin is vastgelegd

- de patiënt behoort niet tot één van de categorieën onder punt 1 maar het gezinsinkomen is niet hoger dan een jaarlijks bepaald plafond rekening houdend met het aantal personen in het gezin.

Het ziekenfonds zal hem vragen een verklaring in te vullen betreffende zijn gezinsinkomen van **het vorig jaar** en daarbij vragen zij met name het laatste aanslag biljet toe te voegen.

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

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

131. Wet van 26-05-2002.

132. Wet van 22-03-2001.

133. Wet van 01-04-1969.

134. Wet van 27-02-1987.

135. G.V.U.-wet, art. 32 1<sup>e</sup> lid. 22°.

In beide gevallen zal het ziekenfonds het inkomen nagaan volgens een procedure die 'systematische controle' wordt genoemd waaraan het ziekenfonds, de FOD Financiën en de Dienst Administratieve controle meewerken

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



Meer informatie:

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

## b. Statuut van de zorgverleners

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

## c. Omstandigheden


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

- de personen die in het ziekenhuis zijn opgenomen betalen slechts een minimaal forfait per ligdag voor alle vergoedbare geneesmiddelen
- het bedrag van het remgeld kan ook worden verlaagd om de kwaliteit van de verzorging te bevorderen. Bijvoorbeeld: lager remgeld als de huisarts een globaal medisch dossier voor zijn patiënt bijhoudt
- het bedrag van het remgeld voor een raadpleging in een erkende spoedgevallendienst is lager, wanneer de patiënt door de huisarts is verwezen, binnengebracht door de dienst 100 of doorverwezen is door een spoedgevallendienst<sup>136</sup>
- er is geen remgeld verschuldigd voor een screeningsonderzoek op kanker in het kader van een door de gemeenschappen georganiseerde screening.



**Voorbeelden**

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

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


#### d. De geneesmiddelenklasse

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

**Tabel 2: Maximale remgeld voor de geneesmiddelen**

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


\* Een groot model bevat meer dan 60 dosissen

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


#### e. Bent je verplicht remgeld te vragen?

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

## IV. De maximumfactuur (MAF)

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

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

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



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

## V. De derdebetalersregeling



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

De patiënt betaalt enkel de (eventuele) remgelden.

Voor de uitzonderingen en de modaliteiten (zie 2° Deel, VI.).

## VI. Zorgtrajecten



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

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

Op dit ogenblik zijn er twee zorgtrajecten operationeel: voor chronische nierinsufficiëntie en diabetes type 2.

Spelen hierbij een rol:

- de diëtisten voor dieetadvies aan:
  - diabetespatiënt: tweemaal per jaar
  - patiënt met chronische nierinsufficiëntie, stadium 4 of 5, respectievelijk drie en vier keer per jaar
- de podologen voor podologieverstrekingen bij diabetespatiënten, tweemaal per jaar.



Meer informatie op de websites:

- van het RIZIV: [www.riziv.be](http://www.riziv.be), Thema's > Zorgkwaliteit > Zorgtrajecten
- [www.zorgtraject.be](http://www.zorgtraject.be) > U bent professioneel actief > Podologen of Diëtisten.

## VII. Rechten van de patiënt

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

## 1. Definities en toepassingsgebied

- **Patiënt:** natuurlijke persoon aan wie gezondheidzorg wordt verstrekt al dan niet op eigen verzoek
- **Beroepsbeoefenaar:** zowel conventionele<sup>137</sup> als niet-conventionele<sup>138</sup> (homeopathie, chiropraxie, osteopathie, acupunctuur) praktijken
- **Toepassingsgebied:** zowel privaat- als publiekrechtelijk; contractueel als buitencontractueel
- **Voorwaarden:** in de mate dat de patiënt hieraan meewerkt, leeft de beroepsbeoefenaar deze wet na (desgevallend pleegt hij daarvoor multidisciplinair overleg).

## 2. Welke rechten voorziet de wetgever voor de patiënt?

De wet voorziet:

### a. Algemene rechten

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

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

### c. Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand

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

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

- **Tijdige en voorafgaande informatie over de interventie met name:**
  - doel
  - modaliteiten
  - tegenaanwijzingen
  - neveneffecten
  - mogelijke alternatieven
  - financiële implicaties
  - eventuele gevolgen van weigering
  - de datum.

137. Wet uitoefening van de gezondheidszorgberoepen.

138. Wet van 29-04-1999.

- **Toestemming tot de interventie:**

- wordt uitdrukkelijk gegeven behalve wanneer je uit de houding van patiënt redelijkerwijze diens toestemming kan afleiden
- wordt eventueel schriftelijk vastgelegd op vraag van de patiënt of de zorgverlener met instemming van de andere
- recht op weigering of intrekking toestemming: op verzoek van één van beide partijen wordt de weigering schriftelijk vastgelegd.

**Opmerking:**

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

## e. Recht op een patiëntendossier en inzage erin

De patiënt heeft recht op:

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

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

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

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

## f. Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer betreffende

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

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



Maximumprijs bij afschrift dossier: 0,10 EUR per gekopieerde pagina met een maximum van 25 EUR voor gans het dossier. Voor informatie die digitaal wordt opgeslagen mag maximaal 10 EUR gevraagd worden<sup>139</sup>.





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

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

Indien de klacht betrekking heeft op een zorgverlener:

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



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

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

### h. Recht op informatie over

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



Meer informatie op de website:

- van de FOD volksgezondheid [www.health.fgov.be](http://www.health.fgov.be), rubriek Mijn gezondheid > Patiëntenrechten en interculturele bemiddeling > Patiëntenrechten > De Ombudsdiensten “rechten van de patiënt” Lees meer...
- [www.patiëntrights.be](http://www.patiëntrights.be).

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

#### a. Minderjarigen en gelijkgestelde personen

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

## b. Patiënt in onvermogen zelf zijn rechten uit te oefenen<sup>140</sup>

De rechten worden in dalende volgorde uitgeoefend door:

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

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

### Uitzonderingen

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

## VIII. De palliatieve thuispatiënt<sup>141</sup>

### 1. Wat wordt verstaan onder “palliatieve thuispatiënt”?

- abc** De **palliatieve thuispatiënt** is een patiënt<sup>142</sup>:
- bij wie het overlijden op relatief korte termijn verwacht wordt (> 24 uur en < dan 3 maand)
  - die lijdt aan één of meerdere irreversibele aandoeningen
  - die ongunstig evolueert, met een ernstige algemene verslechtering van zijn fysieke/psychische toestand
  - bij wie therapeutische ingrepen en revaliderende therapie geen invloed meer hebben op die evolutie
  - met ernstige noden die een belangrijke tijdsintensieve en volgehouden inzet vergen, al of niet met aangepast personeel en technische middelen
  - met de intentie om thuis te sterven
  - en die voldoet aan de voorwaarden opgenomen in het formulier “medische kennisgeving”.

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

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

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

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

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

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

## 3. Welke voordelen geniet de palliatieve thuispatiënt?

Hij heeft recht op volgende voordelen<sup>143</sup>:

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

## 4. Kan je beroep doen op gespecialiseerde diensten?

Je kan beroep doen op de expertise van het “palliatief samenwerkingsverband” uit uw regio. Deze structuur beschikt over één (of meerdere) multidisciplinaire begeleidingsequipe(s) die ook psychologen in dienst hebben. Zij geven advies en psychologische ondersteuning bieden aan de gezondheidsverstrekkers uit de eerste lijn, zowel thuis als in het rustoord<sup>144</sup>.



Meer informatie: Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen: [www.palliatief.be](http://www.palliatief.be).

## IX. Euthanasie<sup>145</sup>



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

Elke meerderjarige of ontvoogde minderjarige die:

- handelingsbekwaam en bewust is op het moment van de aanvraag
- zich in een medisch uitzichtloze toestand bevindt van aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden, en dat het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening

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

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

145. Wet euthanasie van 28-05-2002.

- het verzoek tot euthanasie vrijwillig, overwogen, herhaaldelijk en zonder externe druk stelt kan euthanasie krijgen.

Het verzoek tot euthanasie moet schriftelijk worden opgesteld, gedateerd en getekend door de patiënt zelf. Indien de patiënt daartoe niet in staat is, gebeurt het op schrift stellen, in het bijzijn van de arts, door een meerderjarige persoon die gekozen is door de patiënt en die geen materieel belang heeft bij de dood van de patiënt. Het verzoek dient bij het medisch dossier te worden gevoegd. De patiënt kan te allen tijde het verzoek herroepen. Het document wordt in dat geval aan de patiënt terug bezorgd. Als paramedici kan je de herhaalde vraag van de patiënt naar euthanasie in het dossier vermelden.

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



Je mag omwille van persoonlijke of ethische redenen weigeren om mee te werken aan de euthanasie<sup>146</sup>.

## X. Het Fonds voor de Medische Ongevallen<sup>147</sup>

### 1. Wat zijn de opdrachten van het Fonds voor medische ongevallen?

Dit Fonds (FMO) is opgericht om de schade te vergoeden ten gevolge van verstrekkingen van gezondheidszorg door zorgverleners aan patiënten, al dan niet op eigen verzoek.

Hiervoor dient het Fonds:

- de ernst van de schade te bepalen en de eventuele aansprakelijkheid van de zorgverlener
- vaststellen of de burgerlijke aansprakelijkheid van de zorgverlener voldoende is gedekt door een verzekering
- de patiënt vergoeden indien aan de wettelijke voorwaarden is voldaan
- wanneer de zorgverlener aansprakelijk wordt bevonden, hem of zijn verzekeraar verzoeken een voorstel te doen tot vergoeding van de patiënt
- op verzoek van de patiënt, van een zorgverlener of zijn verzekeraar, een bemiddeling te organiseren
- op vraag van de patiënt advies verstrekken over het feit of de vergoeding die door de zorgverlener wordt voorgesteld toereikend is.

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

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

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

## 2. Voor welke schade is het Fonds bevoegd?

Het Fonds is enkel bevoegd voor schadegevallen ontstaan vanaf 2 april 2010.

Het Fonds komt tussen bij een medisch ongeval:

- zonder aansprakelijkheid
- met vermoede aansprakelijkheid van de zorgverlener, wiens burgerlijke aansprakelijkheid niet of niet voldoende is gedekt door een verzekeringsovereenkomst
- met vermoede aansprakelijkheid van de zorgverlener wanneer hij of zijn verzekeraar de aansprakelijkheid betwist, voor zover de schade voldoet aan de vereiste van minimale schade

en voor zover er een niveau van minimale schade aanwezig is (zie punt 3).

Het Fonds komt ook tussen wanneer de verzekeraar die de aansprakelijkheid dekt van de zorgverlener een voorstel tot vergoeding doet dat het Fonds kennelijk ontoereikend vindt.

Ook verzorgingsinstellingen en de beoefenaars van niet conventionele praktijken worden beschouwd als zorgverleners.

## 3. Komt het FMO tussen voor alle schadegevallen?

De tussenkomst van het FMO is voorzien als de schade voldoende ernstig is. Dit is het geval indien aan één van de 4 volgende voorwaarden is voldaan:

- het bestaan van een blijvende invaliditeit van minimaal 25 %
- het optreden van een tijdelijke arbeidsongeschiktheid gedurende minstens zes opeenvolgende maanden of zes niet opeenvolgende maanden over een periode van twaalf maanden
- er is een ernstige verstoring van de levensomstandigheden (ook economisch) van de patiënt
- de patiënt is overleden.

Het Fonds komt niet tussen in geval van schade als gevolg van:

- een experiment<sup>148</sup>
- een niet door het ziekenfonds vergoede esthetische behandeling.

Het Fonds komt evenmin tussen indien:

- langs gerechtelijke weg
- in der minne

reeds een vergoeding voor de geleden schade is betaald.

#### 4. Binnen welke termijn dien je een aanvraag in te dienen bij het Fonds voor medische ongevallen?

Om ontvankelijk te zijn moet je de aanvraag indienen per aangetekende brief binnen:

- vijf jaar nadat de patiënt kennis heeft genomen van de:
  - schade
  - verergering ervan
  - identiteit van de verantwoordelijke zorgverlener
- 20 jaar na de dag waarop de schade werd veroorzaakt.

#### 5. Heeft een aanvraag bij het Fonds invloed op eventuele lopende rechtszaken tegen een zorgverlener?

Het starten van de aanvraagprocedure schorst van rechtswege het onderzoek en de berechting van de burgerlijke rechtsvorderingen voor de rechtscolleges van de rechterlijke orde.

#### 6. Wat zijn de voorziene kosten voor de tussenkomsten van het FMO?

De tussenkomsten van het Fonds zijn gratis voor de patiënten.

Zowel de patiënt als de zorgverlener kunnen zich laten bijstaan door een persoon van keuze.

Wanneer de aansprakelijkheid van de zorgverlener is vastgesteld is deze verantwoordelijk voor de eventuele expertisekosten.

#### 7. Moet je antwoorden op een vraag om inlichtingen afkomstig van het FMO?

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

Het geven van inlichtingen van medische aard aan het FMO betekent geen inbreuk op het beroepsgeheim<sup>149</sup>.



Als, na vergoeding door het Fonds, de rechter oordeelt dat de patiënt geen recht heeft op het door het Fonds betaalde bedrag, wordt dit niet teruggevorderd.




# 5<sup>e</sup> Deel Communicatie






## I. Omzendbrieven

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

Bekendmaking in het **Belgisch Staatsblad** is de **officiële manier**<sup>150</sup> om wetten, besluiten en interpretatieregels aan te kondigen en in werking te laten treden vanaf een bepaalde datum.


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

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

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

## II. De website van het RIZIV: [www.riziv.be](http://www.riziv.be)



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


 [www.riziv.be](http://www.riziv.be), onthaal > Schrijf u in voor onze 'alert' (recent gewijzigde pagina's) en/of de newsletter

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

## III. Meer informatie?

Voor meer informatie kan je gebruikmaken van

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

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

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

### **Dienst voor geneeskundige verzorging**


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

### **Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle**

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

## IV. Adreswijziging

Om onze informatietaak te kunnen volbrengen gelieve adreswijzigingen te melden op volgend adres:

 RIZIV - Rijksinstituut voor ziekte en invaliditeitsverzekering  
Tervurenlaan 211  
1150 Brussel.

 Je kan je gegevens aanpassen op de website: [www.riziv.be](http://www.riziv.be), Webtoepassingen > MyRiziv:  
open de webtoepassing

Om je aan te sluiten heb je een elektronische identiteitskaartlezer nodig ofwel een token.

## V. Adressen van de Provinciale geneeskundige commissies

De rol en de opdracht van de Provinciale geneeskundige commissies vind je in het 1<sup>e</sup> Deel, I. 2. c.



FOD Volksgezondheid, Call center : 02 524 97 97  
E-mail: [CMP-PGC@health.fgov.be](mailto:CMP-PGC@health.fgov.be).

### 1. Antwerpen

Pelikaanstraat, 4, 2<sup>e</sup> verdieping, 2018 Antwerpen  
Tel. : 02 524 78 50, fax : 02 524 78 58  
E-mail: [icm.antwerpen@gezondheid.belgie.be](mailto:icm.antwerpen@gezondheid.belgie.be)  
Openingsuren: dinsdag en donderdag van 9u30 tot 12u en van 14u tot 16u.

### 2. Limburg

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

### 3. Nederlandstalige Brabant

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

### 4. Oost-Vlaanderen

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

## 5. West-Vlaanderen

FAC Kampgebouw, Konig Albert I laan, 1/5 bus 1, 8200 Brugge  
Tel. : 02 524 79 30, fax : 02 524 79 33  
E-Mail: zeger.vermeulen@gezondheid.belgie.be  
christiane.bonny@gezondheid.belgie.be  
marieann.debie@gezondheid.belgie.be  
Openingsuren : maandag en dinsdag van 9u30 tot 12u en van 14u tot 16u.

## 6. Brabant d'expression française

Place Victor Horta 40/10, 1060 Bruxelles  
Tél. : 02 524 97 72, fax : 02 524 98 20  
E-mail : veronique.souvel@sante.belgique.be  
Heures d'ouverture : mardi et jeudi, de 14h à 16h.

## 7. Hainaut

Rue des Fossés 1, 7000 Mons  
Tél. : 02 524 99 82, fax : 02 524 99 87  
E-mail : didier.taminiau@sante.belgique.be  
Heures d'ouverture : lundi, mardi, jeudi de 9h à 12h et de 13h30 à 15h30, mercredi et vendredi uniquement sur rendez-vous.

## 8. Liège

Bld Frère Orban 25, 2<sup>e</sup> étage, 4000 Liège  
Tél. : 02 524 79 01, fax: 04 254 15 68  
E-mail : isabelle.renard@sante.belgique.be  
Heures d'ouverture : tous les jours de 9h à 12h et de 14h à 16h. Pour inscription visa (diplômes) : le mardi de 9h à 11h et de 14h à 16h ou sur rendez-vous.

## 9. Luxembourg

Rue docteur Lomry 3, 6800 Libramont  
Tél. : 061 23 00 73, fax : 061 23 43 79  
E-mail : IH.libramont@sante.belgique.be  
Heures d'ouverture : mardi de 10h à 12h et de 14h à 16h.

## 10. Namur

Résidence Les Célestines Place des Célestines 25, 5000 Jambes  
Tél. : 02 524 99 64  
E-mail : juliette.renard@sante.belgique.be ou pierre.stevenant@sante.belgique.be  
Heures d'ouverture : tous les jours de 9h à 12h et de 14h à 16h. Pour inscription visa (diplôme), uniquement le mercredi de 9h à 11h30 et de 14h à 15h30.



# Bijlagen



# Index

<b>A</b>	
aanrekenen .....	26
<b>B</b>	
betrekkelijke waarde .....	36
<b>C</b>	
coëfficiëntgetal .....	36
<b>D</b>	
derdebetalersregeling .....	61
<b>E</b>	
Europese ziekteverzekeringskaart .....	55
euthanasie .....	66
<b>F</b>	
Federaal agentschap voor de opvang van asielzoekers .....	56
Fonds voor de Medische Ongevallen .....	67
<b>I</b>	
interpretatieregels .....	37
<b>L</b>	
Lokaal Opvanginitiatief (LOI) .....	56
<b>M</b>	
maximumfactuur .....	60
<b>N</b>	
nomenclatuur .....	36
<b>P</b>	
palliatieve thuispatiënt .....	65
<b>R</b>	
rechten voor de patiënt .....	61
rechthebbende op een verhoogde tegemoetkoming .....	57

**S**

sleutelletter .....	36
soorten verzekeringen .....	52

**T**

terugbetaling .....	26
toepassingsregels .....	36

**V**

verantwoordelijkheid	
burgerlijk .....	16
strafrechtelijk .....	16
vergoedbaarheid .....	36
verhoogde tegemoetkoming .....	58
vertegenwoordiging van de patiënt .....	64
verzekerbaarheid .....	54
Vlaamse zorgverzekering .....	53

**Z**

zorgtraject .....	61
zorgverzekering .....	53



## Letterwoord

<b>BVAC</b>	Bijkomende verzekering - assurance complémentaire
<b>DAC</b>	Dienst voor administratieve controle
<b>DGEC</b>	Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle
<b>DGV</b>	Dienst voor geneeskundige verzorging
<b>DVU</b>	Dienst voor uitkeringen
<b>EZVK</b>	Europese ziekteverzekeringskaart
<b>Fedasil</b>	Federaal agentschap voor de opvang van asielzoekers
<b>FMO</b>	Fonds voor Medische Ongevallen
<b>FOD</b>	Federale Overheidsdienst
<b>GVH</b>	Getuigschrift voor verstrekte hulp
<b>GVU(-wet)</b>	Geneeskundige Verzorging en Uitkeringen (- wet)
<b>IGO</b>	Inkomersgarantie voor ouderen
<b>ISI+</b>	Identification Sociale / Sociale Identificatie / Soziale Identifizierung
<b>MAF</b>	Maximumfactuur
<b>NGV</b>	Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen
<b>OCMW</b>	Openbaar centrum voor maats
<b>PGC</b>	Provinciale geneeskundige Commissie
<b>RIZIV</b>	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeits-verzekering
<b>SIS-kaart</b>	Sociale identiteitskaart
<b>UVT</b>	uitnodiging tot vrijwillige terugbetaling
<b>V.I.</b>	Verzekeringsinstellingen





Beding van afwijzing van aansprakelijkheid

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

2<sup>e</sup> editie, December 2015

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

**Realisatie:** Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle, in samenwerking met de Dienst voor geneeskundige verzorging en de Communicatiecel van het RIZIV, en de deelneming van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid

**Grafisch ontwerp:** Communicatiecel van het RIZIV

**Foto's:** Ab initio en Verypics

**Wettelijk depot:** D/2015/0401/50