Pilootproject Nieuwe Financiering Thuisverpleging: Frequently Asked Questions

Versiebeheer 2

Inleiding 3

Vragen en antwoorden 3

1. Deelname en overeenkomst 3
2. Organisatie en werking van de praktijk 6
3. Relatie met de patiënt 14
4. Financiering van de activiteit 17
5. Financiering van de praktijk 31
6. Interventiecodes 35
7. BelRAI 40
8. Wetenschappelijk onderzoek 48
9. IT en registratie 50
10. IT en facturatie 52
11. IT en rapportering 60

Versiebeheer

Datum	Aanpassingen
12/1/2026	Versie 1, gepubliceerd op Riziv-website ter ondersteuning van selectiefase
8/04/2026	Versie 2
20/4/2026	Toevoeging van nieuw beantwoorde vragen
24/4/2026	Toevoeging van vragen gevalideerd door WG CIV 23/4 + schrapping door Riziv + Track Changes en Comments *Als gevolg hiervan ontbreken bepaalde nummers in de nummering van de vragen*
6/5/2026	Toevoeging van nieuwe vragen + verfijning van bestaande vragen
01/7/2026	Aanpassing vraag 2.5: 'referentie' tussen haakjes Aanpassing van vraag 4.30 Verdere precisering vragen 2.11, 2.25, 3.2, 3.5, 3.6, 3.9, 4.28, 4.41, 4.48 Correctie van vraag 5.6 en 4.49 Schrapping 4.37 wegens tegenstrijdigheid met 3.7 Schrapping 9.2 wegens dubbel met 4.41 **7.3 en 7.9: Bijsturing KATZ-schaal!** **10.25: Bijsturing controle VI op zorgverstrekker!** Toevoeging van nieuwe vragen (vraagnummer aangeduid in geel)
14/10/2026	1.4 Correctie van het antwoord **4.29: Bijsturing antwoord** **2.4, 2.6 en 2.7: Bijsturing antwoord** 4.39, 9.7, 4.55: Verfijning antwoord Toevoeging van nieuw beantwoorde vragen **4.12. 10.23: Bijsturing antwoord en schrapping vraag 2.19 (wegens overlap)** **4.28: Beperking duur patiëntbespreking** **4.44: Zorgcoördinatie tijdens hospitalisatie** Toevoeging van nieuwe vragen (vraagnummer aangeduid in geel)

Inleiding

Dit document bundelt de vragen en antwoorden die we doorheen het voorbereidingstraject ontvangen hebben.

Dit document zal op regelmatige basis aangevuld worden

Vragen en antwoorden

1. Deelname en overeenkomst

1.1 Op welk niveau wordt er ingestapt in het pilootproject indien een praktijk uit meerdere deelpraktijken bestaat?

Er wordt op het niveau van de deelpraktijk beslist om al dan niet deel te nemen aan het pilootproject. Binnen een deelpraktijk (d.w.z. een duidelijk afgebakend deel van de praktijk, verpleegkundigen, zorgkundigen, verantwoordelijken, die een afzonderlijke groep patiënten verzorgen) die ingestapt is, zullen alle zorgverstrekkers volgens het nieuwe model werken.

1.2 Is het mogelijk om deeltijds binnen en deeltijds buiten het pilootproject te werken?

Ja, dat is mogelijk. Een verpleegkundige kan een deel van zijn tijd in een (deel)praktijk werken die deelneemt aan het pilootproject en de rest van de tijd in een andere (deel)praktijk die niet deelneemt. Een praktijk wordt geïdentificeerd aan de hand van zijn groepsnummer. Binnen eenzelfde deelnemende praktijk neemt de verpleegkundige echter voor zijn volle tewerkstelling deel aan het pilootproject.

1.3 Hoe lang duurt de deelname aan het project?

Het pilootproject loopt over een periode van twee jaar, van 2026 tot 2028. Het pilootproject start op 1 juni 2026 met een voorbereidingsperiode van drie maanden. Daarna volgt de implementatie en worden de activiteiten gedurende twee jaar volgens het nieuwe systeem geregistreerd. De deelnemende praktijken verbinden zich dus voor de gehele duur van het project, met een evaluatie gepland in 2028. Op basis van deze evaluatie zal een voorstel uitgewerkt worden met betrekking tot de toekomstige financiering van thuisverpleging.

1.4 Kunnen de financiële voorwaarden van het project tijdens het project worden gewijzigd?

In principe blijft het budgettaire kader gedurende de hele looptijd van het pilootproject ongewijzigd. Bij een (risico op) overschrijding van het budget kunnen aanpassingen echter niet worden uitgesloten. Een praktijk kan beslissen om uit het project te stappen. Indien dit gebeurt binnen de 6 maanden na de opstart van het project (ondertekening overeenkomst) zal 50% van de opstartvergoeding wel teruggevorderd worden.

1.5 Zal het uurtarief deel uitmaken van het nieuwe toekomstige financieringsmodel voor de thuisverpleging?

Het is niet zeker of de uurfinanciering, dat tijdens het pilootproject zal gehanteerd worden, na afloop van het pilootproject zal verdergezet worden. De financiële voorwaarden van het pilootproject worden als tijdelijk en experimenteel beschouwd. Ze zullen aangepast worden op basis van de resultaten van de evaluatie door het KCE. Het doel is het model testen en verbeteren alvorens het eventueel algemeen in te voeren.

1.6 Kan ik terugkeren naar een ander financieringsmodel?

De deelnemende praktijken verbinden zich voor de gehele duur van het project. In uitzonderlijke gevallen kan een praktijk zich terugtrekken. Bij een uitstap binnen de 6 maanden na het de opstart (d.w.z. na de ondertekening van de overeenkomst) dient 50% van de opstartvergoeding terugbetaald te worden. Een praktijk die zich terugtrekt moet ook bereid zijn tot een exit-interview met de wetenschappelijke equipe.

1.7 Wat zijn de belangrijkste verplichtingen van de pilootpraktijken tijdens het project?

De pilootpraktijken moeten:

- Het nieuwe financieringsmodel toepassen
- Deelnemen aan het verzamelen van gegevens (tijd, soorten zorg, enz.)
- BelRAI-beoordelingen uitvoeren
- Deelnemen aan opleidingen en intervisies
- De vragenlijsten van het KCE invullen
- De kwaliteits- en documentatievereisten naleven
- De overeenkomst ondertekenen en de inhoud ervan naleven

1.8 Wat zijn de verplichtingen van een controlepraktijk?

Een controlepraktijk levert een bijdrage aan de wetenschappelijke evaluatie van het pilootproject zonder het alternatieve financieringsmodel toe te passen. De praktijk fungeert als controlepraktijk om de effecten van het nieuwe systeem te vergelijken met het huidige systeem.

- Doorgaan met werken volgens het klassieke model (artikel 8 van de nomenclatuur).
- Deelnemen aan de wetenschappelijke evaluatie:
    - De enquêtes invullen (door zorgverleners en patiënten) op drie meetmomenten: vóór de start van het project, na een jaar en na twee jaar.
    - Verstrekken van praktijkgegevens via halfjaarlijkse datatransfers (samenstelling van het team, activiteiten, enz.).
    - Kandidaten voorstellen voor interviews of focusgroepen (verpleegkundigen, zorgverleners, coördinatoren).
    - Akkoord gaan met een exitgesprek als de praktijk zich terugtrekt uit het project.
    - Ermee instemmen dat de gegevens, die verstrekt worden door het IMA (InterMutualistisch Agentschap) gebruikt worden door het KCE. De gegevens die door het KCE geanalyseerd worden zijn gepseudonimiseerd op het niveau van zorgverlener, patiënt en praktijk.
- De door het KCE en het RIZIV vastgestelde termijnen en formaten voor de datatransfers naleven.

De controlepraktijken ontvangen een vergoeding voor hun deelname aan de evaluatie:

- 20 euro per volledig ingevulde enquête.
- 60 euro per uur voor interviews of focusgroepen.
- 50 euro per gegevensoverdracht.

2. Organisatie en werking van de praktijk

2.1 Worden zorgkundigen in het project opgenomen?

Ja, zorgkundigen kunnen worden geïntegreerd in de deelnemende praktijken, op voorwaarde dat de praktijk voldoet aan de criteria van een gestructureerde equipe.

Het kader voor zorgkundigen blijft tijdens het project van toepassing.

2.2 Zijn er specifieke kwaliteitseisen voor de praktijken?

Ja. De praktijken moeten voldoen aan bepaalde kwaliteitscriteria, waaronder:

- het gebruik van één uniek patiëntendossier,
- organisatie van patiëntbesprekingen op regelmatige basis,
- deelname aan opleidingen,
- het opmaken en uitvoeren van een gestructureerd zorgplan,
- en op regelmatige basis een evaluatie van de kwaliteit van de zorg uitvoeren.

Deze criteria zijn gekoppeld aan de stimulerende praktijkfinanciering. Een praktijk zal een bijkomende praktijkfinanciering ontvangen, die hoger zal zijn naarmate de praktijk deze criteria meer vervult.

2.3 Welke soorten verstrekkingen worden in het project in rekening genomen?

De in rekening genomen verstrekkingen zijn alle verpleegkundige activiteiten die worden uitgevoerd en zijn opgenomen in de lijst van interventiecodes, met inbegrip van:

- verpleegtechnische zorgen,
- verpleegkundige opvolging,
- zorgcoördinatie,
- educatie van de patiënt,
- zorg op afstand (via videoconsultaties),
- BelRAI-beoordelingen.

2.4 Hoe wordt een voltijdsequivalent in het pilootproject gedefinieerd?

De bestaande regelgeving inzake het bepalen van VTE zoals bepaald binnen de forfaitaire vergoeding van de specifieke kosten voor diensten thuisverpleging (art. 4 KB 16 april 2002) vormt de basis voor de berekening van het aantal VTE binnen het pilootproject.

- Voor verpleegkundigen in statutair of loontrekkend dienstverband: de graad van voltijdse activiteit is gelijk aan het voltijdsequivalent tewerkstelling en dit volgens de definitie die daarover wordt gegeven in het kader van de RSZ-bijdragen.

- Voor zelfstandige verpleegkundigen wordt de methode gebruikt zoals bij de forfaitaire tegemoetkoming voor diensten thuisverpleging. Dit systeem is gebaseerd op een verklaring op erewoord van de groepsverantwoordelijke (als de verpleegkundige deel uitmaakt van een groep) of van de verpleegkundige (als zij geen deel uitmaakt van een groep). Deze verklaring wordt per kwartaal afgelegd, rekening houdend met de elementen beschreven in art. 4 van KB 16 april 2002:
    - Voor zelfstandige verpleegkundigen, wordt het aantal gewerkte uren binnen de zorg omgerekend in VTE-dagen. Deze gewerkte uren worden aan de Dienst meegedeeld in de vorm van een verklaring op erewoord. Eén VTE-dag komt overeen met 7 uur en 36 minuten en kan over verschillende kalenderdagen gespreid zijn. Een maximum van 7 uur 36 minuten per persoon en per dag kan in aanmerking worden genomen.
    - Het theoretisch aantal dagen per VTE per kwartaal wordt vastgesteld op basis van de gegevens van de RSZ.

Deze berekeningswijze wordt toegepast op alle zorgprofielen: verpleegkundigen (VVAZ en basisverpleegkundigen en zorgkundigen). De referentieperiode voor de berekening, is het voorbije semester.

Voor een zorgverstrekker in loontrekkend dienstverband wordt dus het voltijdsequivalent tewerkstelling van het voorbije semester gegeven, volgens de definitie die daarover wordt gegeven in het kader van de RSZ-bijdragen.

Voor een zelfstandige zorgverstrekker wordt het aantal VTE-dagen berekend door het aantal gewerkte uren in het voorbije semester te delen door het aantal werkbare uren per semester, zoals vastgesteld op basis van de gegevens van de RSZ. Het aantal uren dat de zelfstandige zorgverstrekker op kwartaalbasis gewerkt heeft, wordt daarbij begrensd op 7,6u*het aantal werkbare dagen in het betreffende kwartaal.

Dit betekent niet dat een zelfstandige maximaal 7,6 uur per dag kan attesteren. Voor de registratie van prestaties geldt de maximumdrempel van 11uur per dag gedurende 6 dagen per week als gemiddelde op jaarbasis, met een maximum van 48 werkweken per jaar.

Voorbeeld 1:

- Een zelfstandige verpleegkundige werkte in het voorbije kwartaal 10 uur / dag, 6 dagen / week --> 60 uur / week --> 60*4*3 --> 720 uur / kwartaal.
- De RSZ stelt vast dat het kwartaal 5*4*3 = 60 werkbare dagen telde → 60*7,6u = 456 werkbare uren

--> voor de berekening van het aantal VTE-dagen wordt het aantal gewerkte uren op kwartaalbasis begrensd op 456 uur. Deze verpleegkundige in kwestie wordt voor 1 VTE meegerekend in het pilootproject.

Dit betekent echter niet dat ze max 456 uur prestaties mag registreren. Voor de registratie van prestaties geldt de drempel van 11 uur per dag gedurende 6 dagen per week als gemiddelde op jaarbasis, met een maximum van 48 werkweken per jaar.

Voorbeeld 2:

- Een zelfstandige verpleegkundige werkte in het voorbije kwartaal in de ene week 5 dagen aan 8 uur per dag en werkte in de andere week niet --> de verpleegkundige presteerde 2 (weken) *40 u / maand --> 3 (maanden) * 80u = 240 u / kwartaal
- Deze verpleegkundige wordt in het pilootproject meegenomen voor 240 / 456 = 0,53 VTE

2.5 Worden (externe) (referentie)verpleegkundigen meegeteld in het aantal VTE?

Ja, (externe) referentieverpleegkundigen worden meegeteld in het aantal voltijdsequivalenten (VTE) van een praktijk voor de uren dat ze ~~deelnemen aan de~~ zorg registreren in het kader van het pilootproject.

Voorbeeld:

- Een praktijk doet beroep op een externe referentieverpleegkundige complexe wondzorg.
- In het voorbije kwartaal zag deze referentieverpleegkundige 12 patiënten. Een bezoek van de referentieverpleegkundige duurt gemiddeld een half uur --> de referentieverpleegkundige presteerde 12*0,5 = 6u voor de praktijk.
- De referentieverpleegkundige wordt voor 6 / 456 = 0,0132 VTE opgenomen in de praktijkregistratie

2.6 Waarvoor wordt het aantal VTE van de praktijk gebruikt?

- Voor het bepalen van het aantal praktijken dat aan het pilootproject kan deelnemen. Bij de selectie van de deelnemende praktijken werd gestreefd naar een deelname van 1.000 VTE verpleegkundigen.
- Voor de berekening van de forfaitaire tegemoetkoming voor de specifieke kosten van diensten thuisverpleging:
- Voor de berekening van de stimulerende praktijkfinanciering:

    - Deze financiering is gebaseerd op een bedrag per behaald punt per (deel)praktijk * het aantal VTE.
- Voor de berekening van de opstartpremie.

2.7 Mogen verantwoordelijken / coördinatoren of medewerker die coördinerende taken uitvoeren, meegerekend worden inde VTE-bepaling?

Een medewerker, die beschikt over een geldig RIZIV-nummer en die rechtstreeks leiding geeft aan de uitvoerende verpleegkundige of hem rechtstreeks coördineert, kan meegeteld worden in de VTE-bepaling voor de volledige jobtime van zijn coördinerende rol. De medewerker fungeert als N+1 van de verpleegkundige. Het effectief uitvoeren van RIZIV-prestaties (directe of indirecte zorg) is hierbij geen vereiste. Functies binnen het middenkader (ondersteunende functies) worden niet meegeteld in de VTE-bepaling.

Het aantal VTE coördinator dat opgenomen kan worden in de VTE-bepaling wordt beperkt tot 1 VTE coördinator per 7 VTE zorgverstrekker.

2.8 Wat met wijzigingen in de samenstelling van de praktijk?

Praktijken moeten elke wijziging (toetreding of vertrek van zorgverleners) melden in de module ‘groeperingen’ in ProGezondheid. Op basis van de praktijkregistratie wordt toegang verleend tot de facturatie via het uurtarief.

Als een praktijk onder de drempel van 3 VTE komt, heeft zij 3 maanden de tijd om de situatie te regulariseren. Bij langdurige niet-conformiteit kan de praktijk worden uitgesloten van het project, zoals beschreven in de overeenkomst.

2.9 Hoe worden stagiairs in het project geïntegreerd?

U kan stagiairs integreren in de deelnemende praktijken, maar ze worden niet meegeteld in de VTE's voor de financiering. Hun aanwezigheid moet worden begeleid door een professional die voor het project is opgeleid. Ze kunnen onder toezicht deelnemen aan de zorg. De stagiair ontvangt hiervoor geen financiering. Het begeleiden van een stagestudent levert wel punten op in het kader van de stimulerende praktijkfinanciering.

2.10 Kan een praktijk die aan het project deelneemt een vervanger inschakelen?

Ja, vervangingen zijn toegestaan, zelfs voor korte periodes.

U moet de vervanger registreren in de samenstelling van de praktijk (ProGezondheid), zoniet zal hij geen prestaties kunnen attesteren op basis van het uurtarief.

Voor langdurige vervangingen moet de vervanger ~~binnen de drie maanden na zijn komst~~ een basisopleiding volgen over de filosofie van het project, de introductie tot BelRAI en de IT-tool. Zie hiervoor vraag 2.21.

2.11 Als een zelfstandige verpleegkundige tijdens de vakantie twee patiënten van een collega overneemt om haar te helpen, kan zij dan in het project een tarief hanteren dan haar collega, die gewoonlijk deel uitmaakt van een andere groep?

De facturatie volgt de praktijk. Als de patiënten tijdelijk overgenomen worden door de andere praktijk dan kan de verpleegkundige op de haar vertrouwde manier blijven factureren, met name op basis van nomenclatuur art. 8.

Als de vervangende verpleegkundige tijdens de vervanging opereert voor rekening van de praktijk van de patiënt, dan dient de vervangende verpleegkundige zich in te schrijven in de praktijkregistratie van de praktijk van de patiënt. In deze casus is optie 1 logischer.

2.12 Kan een wondzorgverpleegkundige van een deelnemende deelpraktijk nog steeds verpleegkundige bezoeken uitvoeren buiten haar deelpraktijk?

Ja. De combinatie van haar Riziv-nummer met het groepsnummer van de praktijk die niet deelneemt aan het pilootproject verschaft toegang tot de facturatie via art. 8.

2.13 Wat zijn de gevolgen voor mijn facturatie?

De facturatie gebeurt nog steeds via de gebruikelijke software, maar met een bestand dat aangepast is aan het model van het pilootproject. De verstrekkingen worden in realtime geregistreerd (start/stop) en via een gestructureerd bestand naar de ziekenfondsen gestuurd. Het systeem blijft compatibel met de eisen van de verzekeringsinstellingen.

2.14 Wat zijn de regels voor goede praktijken die van toepassing zijn in het nieuwe model?

De praktijken moeten voldoen aan de principes van patiëntgerichte zorg, continuïteit van zorg, interdisciplinaire samenwerking en regelmatige evaluatie van de zorgnoden. Interventies moeten gerechtvaardigd en gedocumenteerd zijn en in overeenstemming zijn met de aanbevelingen voor goede praktijken (EBP). Er wordt verwacht dat de zorgtijd efficiënt wordt benut.

2.15 Welke gegevens worden met welke frequentie opgevraagd in het kader van de praktijkregistratie?

De gegevens in ProGezondheid moeten op maandbasis geactualiseerd worden, omdat de toegangen tot de facturatiemodule op basis van deze gegevens worden opgezet.

De gegevens in het onderzoeksportaal moeten bij de aanvang van het project volledig ingevuld worden en vervolgens elke 6 maanden, dit is bij elke indiening van een stimulerende praktijkfinanciering, worden geactualiseerd.

2.16 Mag er een vergoeding voor materialen aangerekend worden?

De regels blijven op dit vlak ongewijzigd, wat vandaag aangerekend mag worden, mag ook aangerekend worden in het pilootproject

2.17 Zijn er voorzieningen getroffen voor zorgverleners die na de start aan het project deelnemen?

Ja, nieuwe verstrekkers van een deelnemende praktijk moeten binnen drie maanden na hun toetreding een basisopleiding volgen, waarin de filosofie van het project, een inleiding tot BelRAI en het gebruik van de software aan bod komen. Er is geen compensatie (opstartvergoeding) voor deze nieuwe verstrekkers.

2.18 Zal er een afzonderlijk derdebetalersnummer toegekend worden aan de organisaties/(verschillende) praktijken die zullen deelnemen aan het pilootproject art. 56 naast het derdebetalersnummer toegekend aan facturatie art 8?

Ja. Een (deel)praktijk die als pilootpraktijk deelneemt aan het pilootproject krijgt een nieuw derdebetalersnummer. Dit wordt toegekend bij de ondertekening van de overeenkomst, de praktijk moet hier zelf geen stappen voor ondernemen.

~~*2.19 Wat moeten we als medisch huis doen indien een thuisverpleegkundige praktijk waarmee we samenwerken deelneemt aan het pilootproject? Zijn er dan bepaalde richtlijnen die wij in kwaliteitscontrole of correctheid van de facturen kunnen hanteren? Of kunnen wij ergens adviezen/handleiding bekijken hoe we dan best samenwerken met deze groepen? Hoe gaan de mutualiteiten dit aanpakken?*~~

~~Tijdens de opstart van het project moet de overeenkomst met de praktijk herbekeken worden. Als er in de overeenkomst verwezen wordt naar nomenclatuurnummers, dan moet de overeenkomst aangepast wordende nomenclatuurnummers worden vervangen door interventiecodes. Het bewijsstuk dat vanuit het EVD opgemaakt wordt geeft aan de hand van interventiecodes een beeld van de zorgen die verstrekt werden. De afspraken die er rond facturatie gemaakt worden met het medisch huis staan evenwel buiten het pilootproject. De facturatie aan het medisch huis kan, maar moet niet gebeuren aan de hand van het bewijsstuk.~~

~~De KATZ-schalen worden nog steeds geregistreerd.~~

~~Een pilootpraktijk die zal deelnemen, moet alle betrokken partijen hierover inlichten.~~

2.20 Met welke periodiciteit dienen de gegevens in ProGezondheid en in het onderzoeksportaal up-to-date gehouden te worden?

Bij de ondertekening van het contract wordt er een update van het aantal VTE gevraagd. Vanaf de start van het project dient ProGezondheid steeds, en uiterlijk aan het einde van elke facturatiemaand, up-to-date gehouden te worden om facturatie binnen het pilootproject mogelijk te maken. De gegevens in het onderzoeksportaal moeten op 6-maandelijkse basis geactualiseerd worden, met name bij elke aanvraag van een stimulerende praktijkfinanciering.

2.21 In welke mate moeten vervangers en medewerkers met een tijdelijk contract de opleidingen (filosofie van het pilootproject, interventiecodes, BelRAI-introductie en BelRAI-beoordelaar) volgen?

Bij instroom van nieuwe medewerkers worden de opleidingen projectfilosofie, IT-tool en korte BelRAI-introductie gegeven binnen de maand na de inwerkingtreding van de overeenkomst. De opleiding tot BelRAI-beoordelaar wordt binnen de drie maanden gegeven. Hierop wordt enkel een uitzondering gemaakt voor tijdelijke medewerkers die minder dan 1 maand werken voor de praktijk, met inbegrip van zorgverstrekkers met een studentencontract.

Om te kunnen factureren moeten alle zorgverstrekkers geregistreerd worden in ProGezondheid, ongeacht de duur van hun tewerkstelling voor de praktijk. Zonder deze registratie kunnen de prestaties van de medewerker niet gefactureerd worden.

2.22 Valt een vlinder onder een vervangende medewerker?

Wanneer een vlinder minder dan 1 maand actief is in de praktijk, is dit tijdelijk en moet de vlinder geen opleiding volgen. Wanneer een vlinder permanent vervangt, en dus langer dan 1 maand actief is in de praktijk, wordt deze als een vaste zorgverlener beschouwd. In dat geval dient de vlinder eveneens opgeleid te worden.

2.23 Kan een project 600-medewerker (zorgkundige of verpleegkundige) als volwaardig teamlid opgenomen worden in de praktijksamenstelling en dus meetellen voor de berekening van de stimulerende praktijkpremie?

Hier is geen verschil met de actuele situatie. Indien deze persoon vandaag (in art. 8) kan factureren, kan dat ook in art. 56. Indien vandaag geen facturatie mogelijk is, dan kan dat ook niet in art. 56. Elke zorgverlener die over een Riziv-nummer beschikt, kan factureren.

2.24 Als een pilootpraktijk sporadisch beroep doet op een referentieverpleegkundige met specifieke expertise (vb. diabetes of wondzorg), moet deze dan opgenomen worden in de praktijkregistratie?

Ja, anders kunnen deze prestaties niet gefactureerd worden. Ze wordt geregistreerd voor het aantal VTE dat ze deelnemen aan de zorg in het kader van het pilootproject.

2.25 Dient een instelling (vb. MPI), die momenteel via een samenwerkingsovereenkomst beroep doet op een pilootpraktijk voor het klaarleggen van medicatie, in te toekomst blijven werken op grond van de overeenkomst, of dienen / kunnen deze activiteiten in het pilootproject getrokken te worden, en dus vergoed via het uurtarief?

Een thuisverpleegkundige kan enkel met het oog op de globale tenlastenneming van de patiënt verpleegkundige zorgen verlenen in een instelling. In dat geval zal de thuisverpleegkundige, die actief is binnen het pilootproject, ook volgens het uurtarief vergoed worden. Selectieve zorgactiviteiten, op vraag van de instelling, dienen, net zoals vandaag op basis van specifieke overeenkomsten te gebeuren. Het financieringssysteem, zoals vastgelegd in de specfieke overeenkomst, is dan van toepassing.

Het voorbeeld van medicatie klaarzetten dient op dit algemeen principe toegepast te worden. Indien de verpleegkundige, die actief is binnen het pilootproject, de patiënt globaal in zorg neemt en het klaarzetten van medicatie daarbij één van de activiteiten is, dan kan dit vergoed worden binnen het uurtarief. De zorg wordt beschouwd als deel uitmakend van een reguliere verpleegkundige ronde en de tijd die hieraan besteed wordt, wordt meegerekend in de praktijkregistratie.

Als een instelling, op basis van een overeenkomst, de medicatie laat klaarzetten door een verpleegkundige, kan dit niet via het pilootproject (en dus het uurtarief) vergoed worden, voor patiënten die niet globaal in zorg worden genomen . In dit geval wordt de zorg niet beschouwd als behorend tot een reguliere verpleegkundige ronde en wordt de tijd die eraan besteed wordt niet meegenomen in de praktijkregistratie.

2.26 Met welk profiel wordt de verpleegassistent gelijkgesteld?

Voor de verpleegassistent is er geen volledig identiek profiel. Verpleegassistenten zijn een aparte (maar uitdovende) groep beoefenaars van de verpleegkunde, zij mogen B1 en B2 - technische verpleegkundige verstrekkingen uitvoeren maar geen C-handelingen.

3. Relatie met de patiënt

3.1 Hoe informeer ik mijn patiënt over de verandering in het zorgmodel van de praktijk?

De praktijk moet de patiënten op een duidelijke en transparante manier informeren, met name via schriftelijke of mondelinge communicatie. Het wordt aanbevolen om de doelstellingen van het pilootproject, de veranderingen in de financieringswijze en de gevolgen voor de patiënt uit te leggen. Het projectteam, dat instaat voor de voorbereiding van het pilootproject en waarin de sectororganisaties vertegenwoordigd zijn, zal hiervoor het nodige communicatiemateriaal voorbereiden en ter beschikking stellen.

3.2 Moet de patiënt een deel zelf betalen?

Voor de zorgen verleend in het kader van het pilootproject is er geen persoonlijk aandeel toegestaan. Het uurtarief dekt de tijd die aan zorg wordt besteed. Voor de verplaatsing in ruraal gebied kan er evenwel een persoonlijke bijdrage aangerekend worden, net zoals dat ook buiten het pilootproject het geval is.

Daarnaast blijven, net als in het huidige systeem, de kosten van specifiek materiaal eveneens voor rekening van de patiënt.

3.3 Kan de patiënt weigeren om volgens de nieuwe financieringswijze te worden behandeld?

Ja, de patiënt behoudt het recht om te weigeren om in het kader van het pilootproject te worden behandeld. In dat geval kan hij worden doorverwezen naar een andere praktijk die niet aan het project deelneemt. De praktijk moet deze keuze respecteren en de continuïteit van de zorg garanderen.

3.4 Welke verbintenissen gaat de praktijk aan ten aanzien van de patiënten?

De praktijk verbindt zich ertoe om kwaliteitsvolle, patiëntgerichte zorg te verlenen, de continuïteit en coördinatie van de zorg te verzekeren, evaluatie-instrumenten zoals BelRAI te gebruiken en de principes van transparantie en documenteren na te leven.

3.5 Kan een patiënt door twee verschillende praktijken worden behandeld?

Dit kan, maar zouden eerder uitzonderlijk moeten zijn. Het kan bijvoorbeeld voorkomen in gevallen waarin de zorglocatie van de patiënt wijzigt, waardoor de patiënt door twee verschillende (deel)praktijken verzorgd wordt.

3.6 Kan een patiënt in de twee systemen tegelijk worden gefinancierd?

Dit kan, maar zouden eerder uitzonderlijk moeten zijn. In deze gevallen moet de zorg opgenomen worden door twee verschillende (deel)praktijken.

Het basisprincipe is dat een patiënt door een verpleegkundige in het ene (artikel 8) of het andere systeem (via uurtarief) verzorgd wordt.

Verstrekkingen binnen pilootproject (pseudo-codes / uur) en buiten pilootproject (nomencl. art.8) door dezelfde verpleegkundige voor dezelfde patiënt op dezelfde dag zijn dus NIET mogelijk en zullen leiden tot een verwerping.

Echter, verstrekkingen door verschillende verpleegkundigen voor dezelfde patiënt op dezelfde dag zijn wel mogelijk, bijvoorbeeld in situaties waarin de zorglocatie van de patiënt wijzigt. In dat geval mag de verpleegkundige die buiten het pilootproject werkt enkel verstrekkingen per akte registreren, geen forfaits. De forfaits uit art. 8 zijn niet cumuleerbaar met de tijdsregistraties uit het pilootproject.

Voorbeeld
Verpleegkundige NP (niet in pilootproject) verzorgt 's morgens de patiënt, verpleegkundige P (wel in pilootproject) verzorgt 's avonds.

Probleem: Forfaits A, B, … uit art. 8 van de nomenclatuur zijn voor dezelfde patiënt op dezelfde dag niet cumuleerbaar met de tijdsregistratie uit pilootproject. Verpleegkundige NP mag geen forfaits A, B, … aanrekenen, enkel verstrekkingen per akte, op een dag dat de patiënt ook zorg krijgt van verpleegkundige P.

Wat als verpleegkundige NP toch een forfait A, B,… heeft gefactureerd en overgemaakt aan de VI, waardoor dit aanvaard en betaald werd voorafgaand aan de facturatie en verwerking van groepering Z (pilootproject)?

- facturatie van uurtarieven (voor de betreffende patiënt voor de betreffende dag) door verpleegkundige NP wordt automatisch geweigerd
- verpleegkundigen kunnen contact met elkaar opnemen:
    - verpleegkundige NP crediteert het forfait en factureert de verstrekkingen per akte
    - de uurtarieven voor verpleegkundige P kunnen opnieuw worden ingediend en aanvaard

3.7 Hoe wordt er omgegaan met patiënten die niet bij een mutualiteit in België zijn aangesloten?

Deze patiënten moeten de totale kosten van de zorgfactuur betalen volgens de principes en tarieven van het nieuwe model. De factuur wordt naar de patiënt gestuurd, die deze indien nodig kan doorsturen naar een andere verzekeringsmaatschappij.

3.8 Hoe zit het met de rechten / voordelen voor de patiënt in verband met een KATZ-status?

Ook al is de financiering niet langer rechtstreeks afhankelijk van de KATZ-schaal, zal de KATZ-schaal wel nog steeds geregistreerd worden. De rechten en voordelen op basis van de Katz-schaal blijven behouden.

3.9 Voor gedetineerden geldt er een specifieke procedure voor het vergoeden van het persoonlijk aandeel. Blijft dit ook in het pilootproject van kracht?

Deze problematiek is in het pilootproject niet van toepassing, aangezien er geen persoonlijk aandeel aangerekend wordt. Voor de verplaatsing in ruraal gebied kan er evenwel, net zoals buiten het pilootproject, wel een persoonlijke bijdrage aangerekend worden.

3.10 Hoe gaan we het project over twee jaar afronden, in het licht van de nieuwe aanpak die aan patiënten zal worden aangeboden? Het is belangrijk dat de voorwaarden vanaf het begin helder worden gecommuniceerd naar zowel patiënten als zorgverleners.

Dit is inherent aan het pilootproject en zal duidelijk gecommuniceerd moeten worden naar alle betrokken.

3.11 Hoe kunnen patiënten zonder adequate verzekering rechtvaardigen dat ze per uur worden gefactureerd? Moet de patiënt hiervoor een document ondertekenen?

Het bewijsstuk in het pilootproject heeft dezelfde waarde als het bewijsstuk in artikel 8. Bijkomend kan de patiëntencommunicatie nog meegegeven worden, waarin het pilootproject wordt toegelicht.

4. Financiering van de activiteit

4.1 Welke activiteiten zijn factureerbaar?

In het pilootproject worden de factureerbare activiteiten opgenomen in een lijst met interventiecodes. Deze interventiecodes worden onderverdeeld in twee categorieën: directe en indirecte zorg. Deze codes bestrijken een breed scala aan activiteiten: verpleegtechnische zorg, coördinatie, voorlichting, zorg op afstand, administratief werk met betrekking tot de patiënt, enz. Ze geven een beter beeld van de realiteit van de verpleegkundig zorg. Het uurtarief houdt rekening met de werkelijk bestede tijd (start/stop).

4.2 Wat verstaan we onder directe zorg?

Directe zorg is zorg waarbij de zorgverlener op het moment van de zorg in rechtstreekse interactie gaat met de patiënt. Directe zorg wordt doorgaans verleend in aanwezigheid van de patiënt, maar kan ook op afstand worden verleend.

4.3 Wat verstaat men onder indirecte zorg?

Indirecte zorg is zorg waarbij de directe interactie met de patiënt niet noodzakelijk, maar wel mogelijk is.

4.4 Is er een verschil in financiering tussen verpleegkundigen en zorgkundigen?

Nee. Vanuit het pilootproject wordt de praktijk vergoed voor de gepresteerde uren en wordt er geen onderscheid gemaakt tussen de verpleegkundige en de zorgkundige. Achterliggend kan de praktijk hier wel een onderscheid in maken.

4.5 Hoe werkt de tijdregistratie?

De tijd wordt geregistreerd via de software:

- Start van het bezoek
- Verzorging uitvoeren.
- Selectie van de interventiecodes.
- Einde van het bezoek

Afhankelijk van de software zal het starten of stoppen gecombineerd worden met het lezen van de identiteitskaart. Met dit systeem kan de tijd voor de zorg en de verplaatsing nauwkeurig worden berekend en onderscheiden.

4.6 Is er een mogelijkheid om een pauze te registreren in de verplaatsingstijd (vb. verpleegkundige gaat tussen twee bezoeken door naar de winkel)?

Ja, er zal een pauzeknop voorzien worden.

4.7 Dient de identiteitskaart ingelezen worden tijdens het pilootproject?

Ja, de verplichting tot het inlezen van de identiteitskaart blijft behouden. De regels op dit vlak blijven ongewijzigd.

4.8 Hoe kan een onderscheid worden gemaakt tussen zorgtijd en verplaatsingstijd?

Er worden twee tarieven toegepast (prijzen 2025):

- Zorgtijd: € 59,10/uur (week), € 79,10/uur (weekend).
- Verplaatsingstijd: € 39,10/uur.

Beide worden apart geregistreerd. Het systeem berekent automatisch de duur van elk deel. De tijdregistratie begint bij aankomst bij de eerste patiënt en eindigt bij vertrek van de laatste patiënt. Het is ook mogelijk om de indirecte zorgtijd voor de patiënt buiten de rondetijd te registreren.

4.9 Welke regels zijn van toepassing in het nieuwe financieringsmodel?

Het financieringsmodel (2025) van de activiteit is gebaseerd op:

- Een uurtarief voor zorg en verplaatsingen.
- De zorgtijd, zowel directe als indirecte zorg
- Een permanentievergoeding per verzorgingsdag voor palliatieve zorg: 37,30 €/dag.
- Een vergoeding voor verplaatsingen op het platteland: 2,35 €/bezoek in landelijke gebieden.

De zorg wordt vergoed op basis van de bestede tijd en niet langer per interventie. De gegevens worden via een gestructureerd bestand, dat compatibel is met de huidige systemen, doorgegeven aan de mutualiteiten.

Het is niet toegestaan om een persoonlijk aandeel te vragen voor zorg.

Deze bedragen worden geïndexeerd.

4.10 Kan ik nog steeds technische verstrekkingen attesteren op basis van artikel 8?

Nee, praktijken die deelnemen aan het pilootproject kunnen artikel 8 niet meer toepassen voor patiënten die in het kader van het project worden behandeld. De zorg wordt aangerekend via de interventiecodes en het tijdregistratiesysteem.

4.11 Hoe zit het met verstrekkingen die op basis van een overeenkomst worden uitgevoerd?

Diensten die worden gefinancierd door overeenkomsten (bijv. thuisdialyse, medische centra, bloedafnames, enz.) moeten geregistreerd worden, maar worden apart gefactureerd. Ze worden niet vergoed via het uurtarief van het project. Er wordt een tijdcorrectie toegepast in het systeem om dubbele facturering te voorkomen.

4.12 Hoe moet er omgegaan worden met samenwerkingen met medische huizen?

Samenwerking met medische huizen blijft mogelijk, maar de overeenkomst tussen de praktijk en het medisch huis moet herbekeken worden. Prestaties aan patiënten die in het kader van een dergelijke samenwerking worden behandeld, worden geregistreerd wanneer ze plaatsvinden tijdens een reguliere ronde. Deze bezoeken kunnen, maar moeten niet via het uurtarief worden gefactureerd. De facturatie moet gebeuren op basis van de bepalingen in de overeenkomst met het medisch huis.

4.13 Wordt zorg op afstand via videoconsultatie vergoed?

Ja, voor een beperkt aantal interventiecodes wordt zorg op afstand via videoconsultatie mogelijk gemaakt in het pilootproject. De voorwaarden gekoppeld aan de zorg op afstand moeten daarbij gerespecteerd worden.

4.14 Een van de voorwaarden voor zorg op afstand is dat een zorg op afstand steeds voorafgegaan moet worden door een fysiek contact. Hieruit volgt dat het eerste bezoek steeds fysiek moet plaatsvinden. Het eerste bezoek moet gebeuren door een VVAZ. Is het correct dat de bezoeken die hierop volgens door een andere zorgverstrekker kunnen worden uitgevoerd?

Ja, dit is correct.

4.15 Is er financiering voorzien voor palliatieve patiënten?

Ja, naast het uurtarief is er een permanentievergoeding van 37,30 euro per dag per palliatieve patiënt voorzien om de specifieke noden in verband met de permanentie en de coördinatie te dekken.

Deze vergoeding wordt eenmaal per dag en per praktijk uitbetaald wanneer de patiënt ten minste één bezoek heeft gehad.

4.16 Hoe verloopt de facturering van de verstrekkingen wanneer de zorglocatie van de patiënt in de loop van dezelfde dag verandert?

Zie 'Relatie met de patiënt'

4.17 Hoe verloopt de facturering van de verstrekkingen wanneer de zorglocatie van de patiënt op verschillende dagen verandert?

Elke dag wordt behandeld als een afzonderlijke facturatie-eenheid. Elke zorgverlener factureert volgens zijn gebruikelijke systeem.

4.18 Zit er een limiet op de duur van een bezoek?

Voor directe zorg zit er een limiet van 3u op de duur van een bezoek, voor verplaatsingstijd wordt er met een limiet van 1u gewerkt. Bezoeken en verplaatsingen die langer duren, zullen leiden tot een verwerping.

Voor indirecte zorg zal er in de software een zachte drempel ingesteld worden op 3u per patiënt per dag. Dit betekent dat een registratie van meer dan 3u indirecte zorg zal leiden tot een waarschuwing in de software en tot de vraag om deze duur te verantwoorden.

4.19 Zit er een limiet op het aantal te factureren uren?

Het model is gebaseerd op een nauwkeurige registratie van de zorg- en verplaatsingstijd. Er zijn controles voorzien om misbruik te voorkomen. Bij overschrijding van het budget kunnen tariefaanpassingen worden overwogen.
De gemiddelde jaarlijkse grens voor gefactureerde tijd mag niet meer bedragen dan gemiddeld 6 dagen per week en 11 uur per dag.

4.20 Wat is het maximum van aan te rekenen uren indirecte zorg op maandbasis en kan dit nog gewijzigd worden?

Er werd op maandbasis geen maximum aantal uren gedefinieerd. Wel is het zo dat er in de software een waarschuwing gegeven zal worden wanneer er per dag per patiënt meer dan 3u indirecte zorg geregistreerd wordt. De geregistreerde uren worden ook opgevolgd, zowel door de praktijk in de voorbereiding van de maandelijkse facturatie, als (in geanonimiseerde vorm) op praktijkoverkoepelend niveau. Wanneer men bij tussentijdse evaluatie in het project vaststelt dat de zorgtijd van indirecte zorg extreem is, kunnen er maatregelen genomen worden.

4.21 Zullen er controles volgen?

Ja, net als in het huidige systeem. Het RIZIV en de ziekenfondsen zullen controles uitvoeren op de kwaliteit van de gegevens, de facturering en de toepassing van tools zoals BelRAI. Bij niet-naleving kunnen sancties worden opgelegd. Daarnaast zullen ook de praktijken zelf en de operationele partners via een maandelijkse rapportering de registraties opvolgen, zodat uitschieters en anomalieën tijdig gedetecteerd kunnen worden.

4.22 Blijven de huidige cumulregels van kracht?

In het pilootproject wordt elke verstrekking, die tijdens een bezoek geleverd wordt, geregistreerd. De financiering van de zorgverstrekker is gebaseerd op de duur van de bezoek, en de verplaatsingen, interventiecodes worden geregistreerd voor onderzoeksdoeleinden. De huidige (cumul)regels (vb. combinatie compressieverbanden / steunkousen met andere nomenclatuurnummers) vervallen dus, behalve diegene die expliciet vermeld worden in de oproepdocumenten (vb. dat er geen verplaatsingstijd geregistreerd kan worden bij uitsluitend indirecte zorg).

4.23 Blijft de regel van kracht dat een verstrekking enkel kan aangerekend worden als er eerst een andere verstrekking heeft plaatsgevonden?

In het pilootproject wordt elke verstrekking geregistreerd, die tijdens een bezoek geleverd wordt. De financiering van de zorgverlener is gebaseerd op de duur van de bezoek, en de verplaatsingen, interventiecodes worden geregistreerd voor onderzoeksdoeleinden. De huidige (cumul)regels vervallen dus, behalve diegene die expliciet vermeld worden in de oproepdocumenten (vb. dat er geen verplaatsingstijd geregistreerd kan worden bij uitsluitend indirecte zorg).

4.24 Mag een toilet nog uitgevoerd worden wanneer de aanvraag (op basis van de Katz-schaal) geweigerd werd?

In het pilootproject is de financiering gebaseerd op de duur van het bezoek. Het is niet langer nodig om vooraf een aanvraag in te dienen om voor financiering in aanmerking te komen. De Katz-schaal moet nog steeds worden ingevuld en ingediend (vanwege de rechten die eraan verbonden zijn), maar de terugbetaling van de zorgkosten is hier niet langer van afhankelijk.

4.25 Blijft de verplichting van kracht dat er eerst een verpleegkundig advies geattesteerd moet worden via bijlage 81 voordat er een medicatiebox kan geattesteerd worden.

Alle administratieve verplichtingen (bijlage 81, notificaties via myCarenet, wondzorgdossier, ...) blijven bestaan zoals vandaag. Daarnaast is het wel zo dat de

cumulregels niet langer van toepassing zijn, met uitzondering van deze die expliciet benoemd worden. Hieruit volgt dat er niet langer eerst een verpleegkundig advies geattesteerd moet worden, voordat er een medicatiebox geregistreerd kan worden. Alle prestaties, die tijdens een bezoek geleverd worden, worden geregistreerd. De registratie van prestaties (interventiecodes) staat los van de financiering (via het uurtarief).

4.26 Als er binnen één bezoek twee keer dezelfde zorg verstrekt wordt door dezelfde verstrekker, moet die dan 2 keer de interventiecode registreren?

Ja. Indien bijvoorbeeld wondzorgen en inspuitingen meermaals verstrekt worden tijdens één bezoek, wordt de betreffende interventiecode meerdere keren aangeduid. Standaard staat het aantal op 1. Alle andere interventiecodes kunnen slechts één maal aangeduid worden.

4.27 Als er binnen hetzelfde bezoek twee keer dezelfde zorg verstrekt wordt door twee verschillende verstrekkers(vb. door een verpleegkundige en zorgkundige), moeten zij dat dan beide registreren?

Beide zorgverleners duiden alle interventiecodes aan. De tweede zorgverstrekker duidt daarnaast ook de interventiecode '2de verstrekker' aan.

4.28 Hoe moet de deelname aan een patiëntbespreking binnen het verpleegkundig team geregistreerd worden?

Eerst en vooral is het belangrijk te benadrukken dat het hier gaat over patiëntenoverleg, gericht op het bespreken van de gezondheidstoestand van de patiënt en / of de opstelling of bijsturing van het zorgplan. De deelname aan het overleg is afgebakend tot het zorgteam dat de zorgcontinuïteit garandeert van de patiënten die op het overleg besproken worden. Het gaat m.a.w. niet om teamoverleg in kader van organisatie van de zorg.

Alle deelnemers aan een dergelijk patiëntenoverleg, behalve de coördinator, registreren de volledige duur van het overleg onder interventiecode B.3.1 (pseudonomenclatuurnummer 439950). Hieruit volgt dat zij vergoed worden op basis van de geregistreerde tijd.

De tijd die voor een patiëntbespreking geattesteerd kan worden, is evenwel beperkt tot 1 uur per patiënt per dag. Met andere woorden, per pseudocode indirecte zorg "patiëntenbespreking" is de maximale duur 60 minuten.

Indien tijdens het overleg meerdere patiënten besproken werden, maken de deelnemers aan het overleg onderling afspraken over de verdeling van de tijd over de patiënten.

Ook bij deze casus dient aandacht te zijn voor dubbelfinanciering. Deelnemers aan het patiëntenoverleg, die door een andere bron gefinancierd worden (bv. verantwoordelijke verpleegkundige via specifieke kosten), kunnen de tijd besteed aan patiëntenoverleg niet registeren en aanrekenen.

4.29 Wat met verplaatsingstijd wanneer een bezoek niet is kunnen doorgaan? Kan je verplaatsingstijd factureren zonder bezoek?

Wanneer een bezoek niet is kunnen doorgaan, wordt dit zo geregistreerd. De software voorziet de functionaliteit om dit bij aankomst bij de patiënt te kunnen registreren. De verplaatsingstijd naar deze patiënt werd geregistreerd, maar door de registratie dat het bezoek niet is kunnen doorgaan, wordt deze verplaatsingstijd niet gefactureerd. De praktijk heeft in dit geval wel de optie om een no show vergoeding aan te rekenen.

4.30 Verplaatsingstijd wordt geregistreerd op de patiënt naar wie de verpleegkundige zich verplaatst. Indien een andere locatie dan 'bij de patiënt thuis' of 'in een instelling' geregistreerd wordt, dan mag er geen verplaatsingstijd aangerekend worden. Wat als dit het laatste bezoek is?

De verplaatsingstijd mag niet aangerekend worden indien de locatie een andere is dan bij de patiënt thuis of in een instelling. Dit geldt voor elk bezoek van de dag, ook het laatste.

4.31 Moet er voor indirecte zorg een 'plaats van verstrekking' worden meegegeven?

Voor indirecte zorg moet er geen plaats meegegeven worden.

4.32 In de interventiecodes wordt er nog een onderscheid gemaakt tussen toedienen oogdruppels postoperatief (439110) en toedienen oogdruppels (439132). Blijft de 30-dagen regel gelden voor de postoperatieve en zo ja kan dit leiden tot weigeringen indien de verpleegkundige deze code nog gebruikt na 30 dagen , want tijdsduur van het bezoek blijft hetzelfde?

De 30-dagen regel is niet langer van toepassing. De interventiecode werden onderscheiden om het in het wetenschappelijk onderzoek mogelijk te maken hoe vaak een niet-postoperatieve indruppeling gebeurt.

4.33 Wat wordt er bedoeld met 439611 ongepland bezoek?

Hiermee willen we inzichtelijk maken hoe vaak dergelijke ongeplande bezoeken voorkomen. Deze code wordt geattesteerd bovenop de codes van de verleende zorgen.

4.34 Kan de verpleegkundige supplementen attesteren?

Nee, supplementen zijn niet toegestaan in het kader van het pilootproject, behalve voor specifieke kosten die niet door het model worden gedekt (bijv. specifiek materiaal).

4.35 Worden de honoraria geïndexeerd?

Ja, de uurtarieven worden jaarlijks aangepast aan de inflatie, volgens de geldende regels. Hetzelfde geldt voor de waarde van een punt in de stimuleringsregeling voor de praktijk.

4.36 Is er een inkomensgarantie voor de praktijk?

Het model voorziet in een vergoeding op basis van de werkelijk gewerkte tijd, met een extra stimuleringsfinanciering. Er is ook een startpremie voorzien. Er is echter geen garantie op een vast inkomen.

(4.37: geschrapt)

4.38 Als een patiënt niet in regel is met de mutualiteit , factureert de verpleegkundige aan de patiënt en geeft hem een getuigschrift met momenteel een vermelding van de aangerekende nomenclatuurnummers , zodat de patiënt dit eventueel nog in orde kan brengen met de mutualiteit. Gebruiken we hier in de toekomst dan de pseudocodes direct/indirecte zorg voor? Facturatie gebeurt dan buiten derdebetalersregeling

Indien de patiënt niet aangesloten is bij een mutualiteit, maar er is een overeenkomst of er zijn afspraken met de patiënt of met een andere instelling, dan blijven die afspraken in het pilootproject behouden. De overeenkomst moet dus nagekeken worden. Er wordt getracht om zo veel mogelijk in de geest van het pilootproject (d.w.z. via het uurtarief) te werken en te factureren.

4.39 Is het binnen het pilootproject nog mogelijk om een bezoek dat niet tijdig geannuleerd werd te factureren aan de patiënt?

Ja, op dit vlak blijven de regels ongewijzigd. ~~Als de praktijk vandaag een no show vergoeding aanrekent, kan dat ik het pilootproject worden verdergezet.~~ Net zoals buiten het pilootproject, kan een praktijk ook binnen het pilootproject beslissen om een no show vergoeding aan te rekenen.

4.40 Kan een administratief medewerker, die de zorgcoördinatie van een patiënt op zich neemt, dit registreren via indirecte zorg?

Nee, er is een Riziv-nummer nodig om interventiecodes te kunnen registreren.

4.41 Wordt zorg die verstrekt wordt op een feestdag die in de week valt, geregistreerd onder het weekendtarief?

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

Let op! Weekendcodes mogen enkel gebruikt worden als daar een medische reden voor is, niet omwille van organisatorische redenen of omwille van een voorkeur van de patiënt. Indien er om een niet-medische reden prestaties verleend worden in het weekend, dan moet dit gefactureerd worden aan het weektarief.

Het is voldoende om de medische reden voor het weekendbezoek te documenteren in het elektronisch verpleegdossier. Hiervoor zijn er geen specifieke vereisten naar vorm of inhoud.

4.42 Hoeveel bedragen de geïndexeerde vergoedingen voor 2026?

De geïndexeerde bedragen 2026 zijn de volgende[1]:

- Uurtarief week: 60,71 EUR
- Uurtarief weekend: 81,25 EUR
- Uurtarief verplaatsing: 40,16 EUR
- Forfait per palliatieve verzorgingsdag: 38,31 EUR
- Waarde van een punt in de stimulerende praktijkfinanciering (op jaarbasis): 59,68 EUR

4.43 Wordt de reistijd vanaf het woonadres erkend bij een ongeplande nachtelijke uitstap voor een palliatieve patiënt?

Er is geen aparte vergoeding voor dit type verplaatsingen. De algemene regels met betrekking tot de vergoeding van verplaatsingstijd zijn van kracht, wat inhoudt dat de eerste verplaatsing naar de patiënt niet vergoed wordt. De permanentievergoeding per palliatieve verzorgingsdag beoogt de dekking van bijkomende kosten, die de verzorging van een palliatieve patiënt met zich meebrengt.

[1] Reflectiegroep van 17/12/2025, (index 2,72%)

4.44 Is het ook mogelijk om na afloop van de zorgepisode nog te factureren?

In principe kunnen er na afloop van de zorgepisode geen thuisverpleegkundige prestaties meer gefactureerd worden. Hierop is er één uitzondering. Om de transmurale samenwerking tussen de thuisverpleging en het ziekenhuis te bevorderen, kunnen de interventiecodes voor zorgcoördinatie (blok B.3) ook gefactureerd worden wanneer de patiënt in het ziekenhuis verblijft. Voor deze codes is het mogelijk om prestaties thuiszorg en prestaties geattesteerd in een ziekenhuissetting te cumuleren.

4.45 Hoe dienen de tijdregistratie en de e-ID-inlezing te verlopen wanneer een zorgverstrekker meerdere patiënten in dezelfde instelling verzorgt?

De tijdregistratie dient per patiënt te gebeuren, dat wil zeggen dat er bij elk patiëntenbezoek een start en een stop dient geregistreerd te worden. De verplaatsingstijd tussen beide zal onbestaand of zeer beperkt zijn.

De e-ID-inlezing staat hier los van. Indien dit vandaag voor alle patiënten tegelijk gebeurt bij aankomst in de instelling én indien de software dit toelaat (d.w.z. dat de start of stop niet geregistreerd wordt via de e-ID-inlezing), dan kan dit in het pilootproject op dezelfde manier blijven verlopen.

4.46 Wat met patiënt die op structurele basis in de week (lees van zondagavond tot vrijdagochtend) verzorgd wordt door de TVP die langsgaat in een MPI en deelneemt als pilootpraktijk en in het weekend (van vrijdagavond tot zondagochtend) thuis verzorgd wordt door een TVP die niet deelneemt aan het project?

Dit vormt geen probleem. Elke zorgverlener kan factureren volgens het eigen systeem. Er dienen tussen de verschillende zorgverleners goede afspraken gemaakt te worden over de dagen waarop beiden de patiënt verzorgen. In dat geval kan er geen forfait (in art. 8) aangerekend worden.

4.47 Kan de bijkomende verstrekking wondzorg: 2x / dag nog aangevraagd worden in nieuwe financiering?

Nee, de wondzorg wordt gewoon vergoed via uurtarief - ongeacht het aantal bezoeken.

4.48 Artikel paragraaf 12 geeft aan om de hoeveel tijd er een controlebezoek van de verpleegkundige nodig is op de prestaties geleverd door een zorgkundige om de facturatie te kunnen laten doorgaan. Zijn deze controlebezoeken ook vereist in het pilootproject?

In het pilootproject worden geen extra verwachtingen gesteld hieromtrent. De WUG-wet en de richtlijnen met betrekking tot de structurele equipe dienen gevolgd te worden.

4.49 Binnen artikel 8 moet een palliatieve patiënt gefactureerd worden op een verpleegkundige en niet op zorgkundige. Is dit ook zo in art. 56?

Ja, op dit vlak blijven de regels ongewijzigd. Ook in het pilootproject worden de prestaties van zorgkundigen gefactureerd op naam van de verpleegkundige.

4.50 Voeren de VI ook een controle uit op de voorschriftplicht voor de interventiecodes die niet art 8 zijn?

Ja.

4.51 Hoe moet deelname aan patiëntbesprekingen met medische huizen gefactureerd worden?

Prestaties voor medische huizen kunnen niet gefactureerd worden aan de mutualiteiten, ook niet in kader van art. 56. Elke deelnemende praktijk bepaalt zelf, al dan niet op basis van de (bestaande) overeenkomst, welke tarifering (art. 8 of art. 56) gebruikt wordt ten aanzien van het medisch huis of de andere bestemmeling. Bestaande overeenkomsten (bv. met een medisch huis) moeten dus nagekeken worden.

4.52 Een palliatief forfait kan aangerekend worden per verzorgingsdag. Dit impliceert dat er enkel een forfait aangerekend kan worden op dagen waarop er palliatieve zorgen werden verstrekt. Zijn er voorwaarden gekoppeld aan de attestering van deze zorgen?

Het palliatieve forfait kan enkel geattesteerd worden indien er op die dag directe zorgen werden verstrekt. Elke interventiecode voor directe zorg komt hiervoor in aanmerking. Ook directe zorg op afstand komt in aanmerking.

4.53 Moeten de prestaties van een diabeteseducator, die enkel diabeteseducaties (trajecten buiten art. 8) geeft, geregistreerd worden?

Een ronde van een diabeteseducator die enkel diabeteseducaties geeft, wordt niet beschouwd als een reguliere verpleegkundige ronde en wordt als dusdanig niet geregistreerd en gefactureerd in het kader van het pilootproject.

4.54 Bij een referentiebezoek voor complexe wondzorgen moet er na zes weken een referentieverpleegkundige langsgaan. Blijft deze regel gelden?

Ja, het gaat om de wetgeving betreffende wondverzorging.

4.55 Om een palliatief (dag)forfait te kunnen aanrekenen moet er op die dag een directe zorg geattesteerd worden. Kan deze zorg door een zorgkundige verleend worden?

Nee. uit vraag 10.26 volgt dat er een minstens één directe zorg door een verpleegkundige (VVAZ of basisverpleegkundige) geattesteerd moet worden om het palliatief forfait te kunnen aanrekenen.

4.56 Bij thuisbehandeling haalt de zorgverlener de chemotherapie op bij het ziekenhuis, voert de nodige controles uit bij de ziekenhuisapotheek en gaat vervolgens naar de woning van de patiënt om de chemotherapie toe te dienen. Hoe moeten deze reeks ritten en technische diensten worden gefactureerd?

Dit wordt niet vergoed. Het ziekenhuis ontvangt financiering om de kosten te dekken van het bezorgen van antibiotica en chemotherapie aan huis bij de patiënt. De routes en bezorgtijden moeten in overleg tussen de zorgverlener en het ziekenhuis worden vastgesteld.

4.57 Zijn er binnen het pilootproject minimale frequenties voor observatie of evaluatie per type interventie, vergelijkbaar met wat vandaag binnen de nomenclatuur bestaat per zorgtype?

Nee. Het behoort tot de verantwoordelijkheid van de verpleegkundige om tot een accuraat en digitaal patiëntdossier bij te houden.

4.58 Als het verslag van de patiëntenbespreking betrekking heeft op meerdere patiënten, moet de informatie over elke patiënt dan in hun individuele dossier worden gekopieerd, of moet het rapport in één overkoepelend dossier binnen de praktijk worden bewaard?

In het verslag registreert de coördinator hoe lang de bespreking van elke patiënt geduurd heeft. Elke verpleegkundige neemt de overeengekomen tijd op in de eigen tijdregistratie. Vervolgens maakt de praktijk de nodige afspraken om ervoor te zorgen dat de informatie uit het verslag, die betrekking heeft op elke patiënten, overgenomen worden in elk patiëntendossier.

4.59 Hoe moet de verplaatsingstijd geregistreerd worden in de volgende casus:

- ***Patiënt A: zorgen uit artikel 56***
- ***Patiënt B: diabeteseducatie (revalidatienomenclatuur – buiten art. 56)***
- ***Patiënt C: zorgen artikel 56***

De verplaatsingstijd van B naar C wordt geregistreerd en aangerekend.

Verplaatsing naar A = woon-werkverplaatsing. Aangezien de zorgen bij patiënt B geen art. 56-zorgen zijn, wordt de verplaatsing naar deze patiënt niet meegerekend. Bij patiënt C worden wel art. 56-zorgen verstrekt, dus deze verplaatsing wordt wel geregistreerd en vergoed.

4.60 Hoe moet de verplaatsingstijd geregistreerd worden in de volgende casus:

- ***Patiënt A: zorgen uit artikel 56***
- ***Patiënt B: louter indirecte zorgen (vb. bij aankomst blijkt de patiënt overleden te zijn, waardoor er geen zorg verstrekt wordt maar wel contact genomen wordt met de huisarts)***
- ***Patiënt C: zorgen artikel 56***

In dit geval mag de verplaatsing van A naar B gefactureerd worden. Om dit mogelijk te maken wordt interventiecode A.3.1 bijkomende observatie (directe zorg) geattesteerd.

4.61 Aan welk tarief worden zorgen tijdens de nacht gefactureerd?

Er is enkel een week- en een weekendtarief. Zorgen die tijdens de nacht worden aan een van beide tarieven vergoed.

4.62 Hoe moet de registratie verlopen wanneer een zorgverstrekker ondersteuning krijgt van een collega uit de mobiele equipe?

De medewerker uit de mobiele equipe registreert de tijd niet. De zorgverstrekker duidt de interventiecode 'tweede verstrekker' aan, omdat dit kan verklaren waarom de duur van het bezoek korter was.

4.63 Welke wettelijke vereisten blijven in het pilootproject behouden?

De wettelijke vereisten worden niet opgeheven in het kader van het pilootproject. Het pilootproject wijzigt de financieringswijze en de registratie van activiteiten, maar wijkt niet af van de geldende wetgeving inzake de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen noch van de bestaande meldingsverplichtingen. De toelichting bij de interventiecodes vermeldt uitdrukkelijk dat “de wettelijke verplichtingen inzake voorschriften en notificaties gedurende de volledige looptijd van het project van toepassing blijven”. De concrete verduidelijkingen worden per interventiecode opgenomen onder de rubriek “Notificatie”.

Zo geldt het volgende:

- De Katz-schaal blijft verplicht.
- Bijlage 81 blijft noodzakelijk wanneer de regelgeving dit voorschrijft.

- De regels betreffende zorgkundigen blijven volledig van toepassing. Overeenkomstig artikel 59 van de Wet betreffende de Uitoefening van de Gezondheidszorgberoepen (WUG) werkt de zorgkundige onder toezicht van een verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg (VVAZ) of een basisverpleegkundige (BV) binnen een gestructureerd team. De bepalingen van artikel 8 van de nomenclatuur inzake delegatie, voorafgaande evaluatie van de patiënt en toezicht blijven ongewijzigd van kracht. In het bijzonder blijven de verplichting tot een eerste evaluatie door de verpleegkundige vóór tussenkomst van een zorgkundige, evenals de regels inzake opvolging en toezicht op de zorgkundige, zoals bepaald in artikel 8 (met name §12 betreffende zorgkundigen en §13 betreffende BV), volledig van toepassing.
- De notificatie voor specifieke technische verstrekkingen blijft van toepassing wanneer dit door de regelgeving wordt vereist.
- Bijlage 6 voor palliatieve zorg blijft verplicht, evenals de kennisgeving van de opname van de patiënt door een verpleegkundige dienst.
- De regels met betrekking tot wondzorg blijven van toepassing.

4.64 Kan het voorbereiden of aanpassen van de wekelijkse medicatietherapie ook op afstand of in de verpleegpost?

Het voorbereiden van de medicatietherapie kan nooit op afstand gebeuren. Zorg op afstand is een directe zorg en vereist steeds een interactie met de patiënt. Zorgen die op de verpleegpost verstrekt worden, zijn geen zorgen op afstand. Ook indirecte zorgen zijn geen zorg op afstand.

4.65 Hoe moet de verplaatsingstijd geregistreerd worden wanneer een ronde start met bloedafnames, gevolgd door het afleveren van de stalen bij het laboratorium?

De verplaatsing naar de eerste patiënt valt onder woon-werkverkeer en wordt niet vergoed. De startknop moet ingedrukt worden bij de eerste patiënt, ook al gaat het over een bloedname. De tijd van de bloednames wordt geregistreerd, maar wordt in mindering gebracht voor facturatie. Bij het vertrek bij de patiënt waarbij de laatste bloedname gebeurde, wordt tijdregistratie gepauzeerd, zodat de extra tijd die nodig is voor de verplaatsing naar het labo en het afleveren van het staal bij het laboratorium niet onder het uurtarief vergoed wordt. De tijdsregistratie moet hervat worden bij vertrek aan het laboratorium, zodat de gebruikelijke verplaatsing naar de volgende patiënt wél geregistreerd wordt.

5. Financiering van de praktijk

5.1 Blijft het huidige premiesysteem van toepassing?

De huidige premies voor telematica, opleiding en de forfaitaire tegemoetkoming diensten thuisverpleging blijven behouden.

5.2 Op welk niveau moet de aanvraag voor forfaitaire tegemoetkoming in de specifieke kosten ingediend worden wanneer een praktijk meerdere deelpraktijken omvat?

Indien een praktijk meerdere deelpraktijken omvat, moet de aanvraag van de tegemoetkoming in de specifieke kosten gebeuren op het niveau van de overkoepelende praktijk.

5.3 Kunnen de uren van de BelRAI-opleidingen opgenomen worden in de aanvraag van de opleidingspremie?

Tijdens de opstartfase kunnen de uren van de BelRAI-opleidingen ~~kunnen~~ niet ingediend ~~kan~~ worden voor het aanvragen van een opleidingspremie, omdat de praktijk via de opstartvergoeding al een vergoeding ontvangt voor het opleiden van medewerkers in de BelRAI-instrumenten.
Dit geldt bij uitbreiding voor alle opleidingen die in het kader van het pilootproject gegevens worden.

Na de opstartfase kunnen deze opleidingsuren wel ingediend worden in het kader van de opleidingspremie.

5.4 Wat houdt de stimulerende praktijkfinanciering in?

Het gaat om een nieuwe aanvullende financiering om praktijken aan te moedigen te investeren in de kwaliteit van hun interne werking. Ze is gebaseerd op een puntensysteem dat wordt toegekend op basis van 11 kenmerken (bv. één patiëntendossier, opleiding, coördinatie, kwaliteit, enz.).
Elk punt is 58,10 € per VTE per jaar waard. Een praktijk kan tot 44 punten per VTE per jaar behalen.

5.5 Wat zijn de criteria om in aanmerking te komen voor de stimulerende praktijkfinanciering?

De criteria worden gedetailleerd beschreven in het overzicht met de kenmerken van de praktijk.
Elk criterium kan 0, 2 of 4 punten opleveren, afhankelijk van het niveau van realisatie.

5.6 Wordt een klinisch verpleegkundige die gespecialiseerd is in stomazorg erkend als een "verpleegkundig specialist", zoals bedoeld in criterium 13 van de prestatiegebonden praktijkfinanciering?

Ja, als hij houder is van de titel van verpleegkundig specialist. Dit vereist dat hij voldoet aan de criteria die zijn vastgelegd in het Koninklijk Besluit van 14 april 2024 (https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/besluit/2024/04/14/2024003890/justel) en een erkenning heeft van de ad-hoc erkenningscommissie binnen de Franse of Vlaamse Gemeenschap (inclusief voor Duitstaligen).

5.7 Hoe kan men de stimulerende praktijkfinanciering aanvragen?

De aanvraag gebeurt twee keer per jaar via het onderzoeksportaal. De praktijk moet:

- Een zelfevaluatie uitvoeren op basis van de 14 criteria (11 kenmerken).
- De bewijsstukken kunnen verstrekken op aanvraag
- Een verklaring op erewoord ondertekenen

De aanvragen worden steekproefsgewijs gecontroleerd.

5.8 Wanneer moet de zelfevaluatie de kenmerken van de stimulerende praktijken de eerste keer ingediend worden in het onderzoeksportaal?

Dit moet een eerste keer gebeuren in de voorbereidende fase, als onderdeel van de praktijkregistratie. De eerste praktijkregistratie moet ingediend worden tegen 1/5/2026. Deze zelfevaluatie geldt als test, op basis hiervan zal er nog geen stimulerende praktijkfinanciering worden uitgekeerd.

De eerste zelfevaluatie waaraan een uitkering gekoppeld is, moet tegen 30/11/2026 ingevuld worden in het onderzoeksportaal. Dit maakt deel uit van de praktijkregistratie na de 2de meetperiode. Deze zelfevaluatie slaat op de periode juni t.e.m. november 2026.

5.9 Op welk niveau wordt de activiteitenfinanciering uitbetaald?

Op niveau van (deel)praktijk, gelinkt aan derdebetalersnummer.

5.10 Is er een opstartvergoeding?

Ja. Elke deelnemende praktijk ontvangt een opstartvergoeding van 4.969 euro per VTE om de voorbereidende inspanningen (opleiding, aanpassing van de hulpmiddelen, communicatie, enz.) te dekken. De vergoeding wordt alleen bij de start van het project uitbetaald. Wie tijdens het project tot een praktijk toetreedt, komt niet in aanmerking voor de vergoeding.

Een praktijk die binnen de eerste zes maanden uit het project stapt, moet 50% van deze opstartvergoeding terugbetalen aan het RIZIV.

5.11 Is er financiering voorzien voor andere ondersteunende functies binnen de praktijk?

Nee, ondersteunende functies worden gefinancierd via de forfaitaire tegemoetkoming voor de specifieke kosten van de diensten thuisverpleging.

5.12 Waar moeten de verslagen van patiëntbesprekingen worden bewaard in geval van een controle van de kenmerken?

Deze dienen bewaard te worden binnen de praktijk, al dan niet in het patiëntendossier.

5.13 Als een pilootpraktijk beroep doet op een referentieverpleegkundige die tot de koepelpraktijk behoort, hoe wordt die dan meegeteld bij de toekenning van punten voor de kenmerken?

In de evaluatie van de criteria is er een score 2 voorzien voor praktijken die voor referentieverpleegkundigen een structurele samenwerking hebben met een andere praktijk, bijvoorbeeld de koepelpraktijk.

In de VTE-berekening worden externe referentieverpleegkundigen meegeteld in het aantal voltijdsequivalenten (VTE) van een praktijk voor de uren dat ze deelnemen aan de zorg in het kader van het pilootproject.

5.14 Wat zijn de voorwaarden om in aanmerking te komen voor een forfaitaire tegemoetkoming voor specifieke kosten in de thuisverpleging?

De voorwaarden zijn dezelfde als buiten het pilootproject, alleen worden de W-waarden waar nodig omgezet in een bedrag.

De specifieke kosten worden aangevraagd op het niveau van de koepelpraktijk. Een aanvraag kan dus een combinatie van deelpraktijken binnen en deelpraktijk(en) buiten het pilootproject omvatten.

De voorwaarden zijn de volgende:

- Minimum 7 VTE geleid (14 VTE en 1 verantwoordelijke --> 1 volledige premie)
- 20u opleiding per jaar per VTE
- Ten minsten 25u overlegvergadering en peer review met betrekking tot de patiënten per jaar per VTE
- Uniek derdebetalersnummer
- Gemiddelde activiteit:

    - zonder zorgkundigen: 11 – 27 bezoeken directe zorg / dag per VTE verpleegkundige (volledige premie: 13 – 23 bezoeken directe zorg)
    - met zorgkundigen: 1 – 38 bezoeken directe zorg / dag per VTE verpleegkundige (volledige premie: 13 – 32 bezoeken directe zorg)
- Maximum aantal verstrekkingen verantwoordelijke verpleegkundige per kwartaal: maximaal 22.898,84 EUR (bedragen 2025) attesteringen aan (directe + indirecte zorg) zorg. Voor een volledige premie: max. 11.449,418 EUR (bedragen 2025) attesteringen aan (directe + indirecte) zorg.

5.15 Wat wordt er in criterium 10 van de stimulerende praktijkfinanciering bedoeld met een gespecialiseerde verpleegkundige?

De persoon moet een accreditatie hebben ontvangen die zijn of haar kwalificatie als gespecialiseerde verpleegkundige erkent.

5.16 De titel van kenmerk 9 van de stimulerende praktijkfinanciering verwijst naar "kwaliteitsbeleid en klachtenmonitoring". In de beoordelingscriteria wordt verwezen naar een "incidentenlogboek". Wat wordt er verstaan onder een "incident"? Verschilt dit van een klacht?

Een incident is een concrete gebeurtenis of een fout die zich in het zorgproces heeft voorgedaan (en die gevolgen kan hebben voor de veiligheid), terwijl een klacht de uiting is van ontevredenheid over de manier waarop de zorg door een patiënt of een betrokken persoon is ervaren. Een incident kan aanleiding geven tot een klacht, maar dat is niet altijd het geval, en omgekeerd is een klacht niet noodzakelijkerwijs gebaseerd op een incident. Er zijn dus twee subcriteria binnen kenmerk 9.

6. Interventiecodes

6.1 Kan u aangeven wat we exact doorgeven als "interventiecode" voor bijvoorbeeld "Volledige hygiënische zorg – douchen/baden " ? Is dat A.1.1 of is dat 425110 A.1.1 ? Of is dat "Volledige hygiënische zorg – douchen/baden"?

De interventiecode die door het actuariaat van het Riziv werd toegekend is 425110. A.1.1 is een interne werknummering.

6.2 Onderstaande verstrekkingen zijn diabetesverstrekkingen die worden vergoed binnen art. 8. Waar zien we elk van deze verstrekkingen binnen art. 56? Hier is geen interventiecode voor?

- ***Educatie tot inzicht bij diabetes***
- ***Diabetes- opvolging bij educatie tot zelfzorg***
- ***Educatie diabetes zelfzorg door referentie verpleegkundige***
- ***Verpleegkundige bij educatie zelfzorg (diabetes)***

Voor patiënten die niet onder de diabetesconventie vallen, worden deze prestaties geregistreerd onder A.7.2 - 439471 (Educatie, ondersteuning en opvolging van de patiënt).

6.3 Onder welke interventiecode valt het vervangen van een gastrostomie sonde met ballon – waar zien we dit binnen art. 56?

Dit valt onder A.4.10 - 438852

6.4 Onder welke interventiecodes dienen vaccinaties, andere dan griep en covid, geregistreerd te worden?

Deze worden geregistreerd onder de A.4.1 (Toedienen van subcutane inspuiting) of A.4.2 (Toedienen van intramusculaire inspuiting).

6.5 Wordt er geen onderscheid gemaakt in de interventiecodes van de VVAZ of zij een bijzondere beroepstitel hebben of verpleegkundige specialist zijn? Is het enkel aan de software om dit achterliggend niet toe te laten indien geen juiste bekwamingscode?

Er wordt geen onderscheid gemaakt binnen de interventiecode. Het advies of de interventie kan in dit geval enkel worden uitgevoerd door een verpleegkundige met een RIZIV-nummer voor de betreffende specialisatie. De softwareleverancier kan, in overleg met de praktijk, bepalen wat hierrond technisch voorzien wordt, maar dit is niet als vereiste opgenomen in de beschrijving van de functionele vereisten.

6.6 Kunnen interventiecodes B.3.1 en B.3.5 aangerekend worden per verstrekker die deelneemt? Op welke patiënt moet dit geregistreerd worden? Kunnen meerdere verstrekkers dit op hetzelfde tijdstip registreren?

Enkel deelnemers aan het pilootproject kunnen, vanuit de thuisverpleegkundige praktijk, deze codes attesteren. Voor verstrekkers buiten de thuisverpleging is dit niet van toepassing. Indien meerdere verpleegkundigen deelnemen, kan dit ook meermaals geattesteerd worden.

6.7 Met betrekking tot interventiecodes B.3.2 / B.3.3 (MDO) en B.3.4 (VVAZ en andere zorgverstrekkers?): Hoe andere deelnemers kenbaar maken van buiten het zorgteam? Dienen zij ook in het softwareprogramma te staan als deelnemer? (zonder facturatie?)

Enkel deelnemers aan het pilootproject kunnen, vanuit de thuisverpleegkundige praktijk, deze codes attesteren. Voor verstrekkers buiten de thuisverpleging is dit niet van toepassing. Indien meerdere verpleegkundigen deelnemen, kan dit ook meermaals geattesteerd worden.

6.8 Onder welke interventiecode worden de handelingen geregistreerd die gesteld worden naar aanleiding van het vaststellen van een overlijden: huisarts bellen, familie verwittigen, ...

Dit wordt geregistreerd onder indirecte zorg: B.3.3 (overleg met een andere zorg- of welzijnsactor), B.3.5 (zorggerelateerd overleg met familie of mantelzorger), ...

6.9 Onder welke interventiecode moet de hulp bij het aanbrengen van orthopedische hulpmiddelen geregistreerd worden?

Dit wordt geregistreerd onder interventiecode A.1.5 'Aan- en uitkleden'.

6.10 Onder welke interventiecode dient de volgende casus geregistreerd te worden: Een ouder echtpaar met beginnende verwardheid en diabetes belt van op vakantie om te vragen hoeveel insuline er ingespoten moet worden. Er is geen videoconsultatie mogelijk, het contact verloopt telefonisch.

Dit moet geregistreerd worden onder interventiecode B.3.5 'Zorggerelateerd overleg met familie of mantelzorger'.

6.11 Welke code moet ik invoeren voor een cystocath-verband zonder verbandwisseling of spoeling? Code A.4.11 vereist een voorschrift en komt daarom niet overeen met wondverzorging.

Een cystocath-verband zonder verbandwisseling of spoeling kan geregistreerd worden onder A.4.8 'Uitvoeren van een eenvoudige wondzorg'.

6.12 Kan code A.5.1 'Voorbereiden of aanvullen van de wekelijkse medicatietherapie' gebruikt worden voor patiënten die niet voldoen aan de voorwaarden van bijlage 81?

Ja. Er zit geen blokkerende controle door de VI's op de aanwezigheid van bijlage 81, dus de code kan ook gebruikt worden voor patiënten die niet aan de voorwaarden voldoen. Voor patiënten die wel aan de voorwaarden voldoen, moet de bijlage in het verpleegdossier aanwezig zijn. Hierop is een ex post controle door de VI mogelijk.

6.13 Welke interventiecode moet er gebruikt worden wanneer de coördinator, die ook BelRAI-evaluator is, het zorgplan aanpast naar aanleiding van een BelRAI-evaluatie?

Code B.1.10: Uitwerken van vervolgacties op basis van het resultaat van de evaluatie BelRAI Home Care.

6.14 Omvat code A.5.7 'Opstarten of aanpassen van zuurstoftherapie' ook het plaatsen of verwijderen van de CPAP?

Nee, de CPAP is een voorbeeld gelijkaardig aan de orthopedagogische hulpmiddelen. Dit wordt dit onder ‘aan- en uitkleden’ geregistreerd.

6.15 In welke gevallen mag code A.1.6 Stimuleren tot zelfzorg bij hygiënische zorgen' gebruikt worden?

Deze code mag altijd gebruikt worden wanneer er uitleg of ondersteuning gegeven wordt om patiënt zijn verzorging zelf te laten uitvoeren.

6.16 In welke gevallen mag de code A.3.1 'Bijkomende observatie van patiënt zonder technische handeling' geattesteerd worden?

Deze code mag gebruikt worden wanneer er een specifieke handeling 'observatie' gesteld wordt, die gedocumenteerd wordt in het EVD.

6.17 In welke gevallen mag de code A.3.5 'Beoordelen en analyseren van fysiologische of functionele parameters, die doorgestuurd werden via digitale toepassingen' geattesteerd worden?

Deze code is bedoeld voor de interpretatie van parameters die doorgestuurd werden via een telemonitoring-toepassing.

6.18 In welke gevallen mag de code A.3.8 'Begeleiding inzake therapietrouw' geattesteerd worden?

Deze code is bedoeld voor specifieke gesprekken of handelingen die gericht zijn op het verbeteren van de therapietrouw van de patiënt.

6.19 Welke code moet gebruikt worden voor het ledigen van een urinezak? De code die hier momenteel voor voorzien is (A.4.11) vereist een voorschrift, wat voor het ledigen van de urinezak niet nodig is.

Binnen een hygiënische zorg valt dit onder de hygiënische zorg. Als hier een apart bezoek voor afgelegd wordt, dan wordt dit geregistreerd onder 'wisselen incontinentiemateriaal'.

6.20 Onder welke code moet een droog aseptisch verband van suprapubische sonde geregistreerd worden? Valt dit onder eenvoudige wondzorg?

Ja. Indien het gaat over zorg aan een geheelde stoma betreft dit geen wondzorg en wordt dit geregistreerd onder de code 'verzorging van een geheelde stoma'. Een wondzorg wordt enkel toegepast indien men spreekt over een niet-geheelde stoma.

6.21 Onder welke interventiecodes moeten het bespreken en toepassen van een fixatie geregistreerd worden?

Het bespreken van een fixatie wordt geregistreerd onder A.6.3 - Advies / interventie door verpleegkundige met een andere specifieke expertise (ook voor Brussel en Wallonië, waar een specifieke expertise niet vereist is voor dit overleg).

Het toepassen wordt geregistreerd onder A.2.3 (positionering van de patiënt.

6.22 Bij een waarschuwingsfase en hittegolf is een warmte-actie-plan van toepassen. Hierbij doen verpleegkundigen extra observaties (risico-inschatting, mantelzorg, huis gekoeld of niet, ...) en acties (advies, zorgen voor drank, ventilator, ...). Hoe dienen deze geregistreerd te worden in art. 56? Kan daarvoor een extra interventiecode gemaakt worden?

Extra interventiecodes kunnen niet op korte termijn opgemaakt worden. Dit moet voorgelegd worden aan de reflectiegroep. Intussentijd kan de verpleegkundige voor

observaties de code A.3.1 "bijkomende observatie van patiënt" gebruiken, voor acties kan code A.7.2 "educatie, ondersteuning en opvolging van de patiënt" gebruikt worden.

6.23 ***Er wordt gesteld dat er dagelijks per zorgmoment een observatie / evaluatie moet gebeuren. Moet het louter ingeven of opvolgen van deze observatie/evaluatie geregistreerd worden aan de hand van een aparte interventiecode B.2.1 "Actueel houden van patiëntendossiers en zorgplanning"? Waar moeten observaties / evaluaties gedocumenteerd worden?***

De dagelijkse opvolging en evaluatie maakt deel uit van het verpleegkundig bezoek en moet als dusdanig niet (bij elk bezoek) apart geregistreerd worden. De interventiecode B.2.1 "Actueel houden van patiëntendossier en zorgplanning" is bedoeld voor het uitgebreid actualiseren van het zorgdossier, bijvoorbeeld naar aanleiding van een significante wijziging in de gezondheidstoestand van de patiënt.

De dagelijkse observatie / evaluatie moet gedocumenteerd worden in het patiëntendossier.

7. BelRAI

7.1 Door wie kunnen de BelRAI-instrumenten ingevuld worden?

De BelRAI instrumenten (screener en HC) kunnen enkel en alleen ingevuld worden door de personen die de BelRAI-opleidingen hebben gevolgd. Binnen het pilootproject zijn dit VVAZ'en, die de basisopleiding BelRAI hebben gevolgd.

De 5 basisvragen, als onderdeel van het assessment, worden bij de initiatie van de zorg beoordeeld door een VVAZ. In lopende zorg kan de basisverpleegkundige of zorgkundige informatie verzamelen op basis van observaties (o.a. de 5 basisvragen) en deze worden doorgegeven aan de VVAZ die het instrument zal invullen.

De lijst van interventiecodes voorziet in 2 aparte codes voor het invullen van het BelRAI-instrumenten: een code voor directe zorg, voor de activiteiten die uitgevoerd worden aan het bed van de patiënt en een interventiecode onder indirecte zorg, voor eventuele verdere verwerking die op afstand gebeurt.

7.2 Moet de BelRAI-beoordeling aan het bed van de patiënt gebeuren, of kan dit gevalideerd worden op basis van de score ingevuld door de basisverpleegkundige?

Het verzamelen van gegevens gebeurt door in communicatie te gaan met de patiënt en het (zorg)netwerk rondom de patiënt. Gegevens komen uit meerdere bronnen: gesprek met de patiënt, observaties, mantelzorger, zorgteam,.... Bij het verzamelen van de gegevens staat de patiënt centraal. Een groot deel van het invullen gebeurt tijdens de contactmomenten met de patiënt, maar vaak wordt het nadien gedeeltelijk afgewerkt, aangevuld en gevalideerd. Binnen dit pilootproject hebben we ervoor gekozen om enkel de VVAZ die de BelRAI basisopleiding heeft gevolgd, de instrumenten te laten invullen. De observaties van patiënten in lopende zorg, deze observaties kunnen afkomstig zijn van de basisverpleegkundigen (en zorgkundigen), moeten doorgegeven worden aan de VVAZ zodat zij deze kan gebruiken om het instrument in te vullen.

7.3 Op welke termijn moet de BelRAI beoordeeld/ingevuld worden?

Bij de start van het project moeten de BelRAI-instrumenten van de bestaande patiënten ingevuld worden tegen uiterlijk september 2026. Een herevaluatie dient minimaal 1 keer per jaar of bij significante wijzigingen te gebeuren.

Bij start van een nieuwe zorgvraag binnen het pilootproject, wordt het verpleegkundig assessment afgenomen op basis van de 5 basisvragen. Deze 5 basisvragen dienen binnen de 5 dagen na de eerste zorgdag afgenomen te worden door een VVAZ.

Indien er op minstens 1 van deze 5 basisvragen positief wordt geantwoord, dient de BelRAI screener (en de KATZ) binnen de 10 dagen na de eerste zorgdag ingevuld te worden door een opgeleide VVAZ. Indien nodig wordt de BelRAI Home Care zo snel mogelijk hieropvolgend ingevuld.

De KATZ-schaal wordt geregistreerd volgens de huidige (klassieke) regels, met name bij problemen in ADL-functioneren.[2] Dit is een administratief gegeven, om te vermijden dat een patiënt hieraan verbonden rechten verliest.

Bij een patiënt in lopende zorg bij een significante wijziging dient binnen de 5 dagen na deze observatie een BelRAI screener ingevuld te worden en indien nodig een BelRAI Home Care zo spoedig mogelijk.

7.4 Moet de BelRAI multidisciplinair worden ingevuld, d.w.z. wordt de huisarts ook betrokken of is dit alleen de taak van de verpleegkundige?

Het doel van BelRAI is om de BelRAI instrumenten multidisciplinair in te vullen. Binnen het pilootproject wordt het instrument enkel ingevuld door de VVAZ die de BelRAI basisopleiding hebben gevolgd. Het is wel de bedoeling dat de VVAZ de andere betrokken actoren aanwezig bij de patiënt contacteert om het instrument correct in te vullen op basis van hun observaties.

7.5 Binnen welke termijn moeten de BelRAI-instrumenten ingevuld worden voor patiënten die reeds in lopende zorg zijn tijdens de voorbereidingsfase?

Bij de start van het project moeten de BelRAI instrumenten van de bestaande patiënten ingevuld worden tegen uiterlijk september 2026.

[2] Binnen het pilootproject werd initieel voorzien dat in pilootpraktijken een KATZ-score zou worden geregistreerd telkens wanneer een BelRAI-screener wordt afgenomen. Dit moest toelaten om KATZ en BelRAI ook te vergelijken bij patiënten zonder ADL-problematiek. Omwille van technische knelpunten werd dit bijgestuurd in juni 2026, na akkoord van de Reflectiegroep (schriftelijke procedure, mail 11/6/2026).

Indien het opleidingstraject dit toelaat kunnen pilootpraktijken kunnen al tijdens de opstartfase starten met het evalueren van de reeds afgenomen BelRAI-instrumenten. Daarbij kan nagekeken worden of er al eerder scores beschikbaar zijn die minder dan 1 jaar oud zijn en indien er zich geen significante gebeurtenis heeft voorgedaan.

7.6 Moet de evaluatie van de 5 basisvragen (BelRAI) geregistreerd worden? Zo ja, waar?

De evaluatie van de 5 basisvragen wordt geregistreerd in het verpleegdossier. Enkel de opgeleide VVAZ registreert in het BelRAI-platform. Dus voor patiënten waarvoor er een screener werd ingevuld, is er een ook een registratie van de 5 basisvragen in het BelRAI-platform.

7.7 Moet de Home Care ingevuld worden bij palliatieve patiënten wanneer screener een score geeft van 9/13?

Ja, indien de BelRAI screener een score heeft van 9/30 of meer, dan moet er een BelRAI Home Care ingevuld worden. De gebruikte instrumenten binnen het pilootproject zijn de BelRAI screener en BelRAI Home Care. Voor palliatieve patiënten bestaat er een specifieke palliatieve screener en het uitgebreide instrument BelRAI Palliative Care, maar deze werden niet meegenomen in de basisopleiding tot BelRAI beoordelaar en worden ook niet toegepast binnen het pilootproject. De BelRAI-instrumenten voor de palliatieve zorg zijn zonder twijfel waardevol, aangezien zij zich specifiek richten op de noden in de palliatieve fase. Op termijn, indien BelRAI een structurele plaats zou krijgen binnen de thuisverpleging, is het aanbevolen om de BelRAI instrumenten uit te breiden naar de zorgcontext van de patiënt.

7.8 Moet de BelRAI screener geherevalueerd worden bij een herevaluatie van de Home Care?

Ja, bij een herevaluatie van de BelRAI Home Care moet binnen het pilootproject altijd een BelRAI screener ingevuld worden.

7.9 Welke relatie bestaat er tussen het invullen van de Katz-schaal en het invullen van de BelRAI screener?

Binnen het pilootproject zijn de BelRAI instrumenten leidend. Het verpleegkundig assessment is gebaseerd op de 5 basisvragen. Indien op minstens 1 van deze 5 basisvragen positief wordt geantwoord, dan moet er een BelRAI screener ingevuld worden.

De KATZ-schaal wordt geregistreerd volgens de huidige (klassieke) regels, met name bij problemen in ADL-functioneren.[3] Dit is een administratief gegeven, om te vermijden dat een patiënt hieraan verbonden rechten verliest.

7.10 Laat het BelRAI 2.0-platform toe om BelRAI-formulieren via een smartphone te registreren?

Ja, voor de screener wel, voor Home Care niet.

7.11 Wat te doen als de batterij van je telefoon leeg is, geen verbinding heeft of een technisch probleem heeft?

Indien er geen verbinding is, is de BelRAI screener het enige instrument dat offline via een app kan ingevuld worden. Synchronisatie gebeurt van zodra er verbinding is.

De uitgebreide BelRAI instrumenten worden via het webapplicatie ingevuld. Invullen van een uitgebreid BelRAI instrument via de telefoon is niet aan te raden. Op papier kunnen tijdelijke notities gemaakt worden, maar gegevens moeten altijd digitaal ingevoerd worden zodat door achterliggende algoritmes resultaten kunnen berekend worden (scores, schalen, CAP's,...).

7.12 Ik heb de opleiding indicatiestelling BelRAI Home Care reeds gevolgd. Is deze opleiding dan nog verplicht voor mij?

Een VVAZ die de opleiding al gevolgd heeft, moet de BelRAI basisopleiding niet opnieuw volgen, mits het voorleggen van het certificaat. Deze personen moeten wel nog geïnformeerd worden over de manier waarop BelRAI ingezet wordt in het pilootproject. Hiertoe dienst de BelRAI-introductie gevolgd te worden.

[3] Binnen het pilootproject werd initieel voorzien dat in pilootpraktijken een KATZ-score zou worden geregistreerd telkens wanneer een BelRAI-screener wordt afgenomen. Dit moest toelaten om KATZ en BelRAI ook te vergelijken bij patiënten zonder ADL-problematiek. Omwille van technische knelpunten werd dit bijgestuurd in juni 2026, na akkoord van de Reflectiegroep (schriftelijke procedure, mail 11/6/2026).

7.13 De coördinatiecentra in Wallonië en Brussel voeren al BelRAI-screeners uit voor bepaalde patiënten. Kan men zich op deze screeners baseren om te bepalen of een Home Care moet worden ingevuld voor een patiënt? Uiteraard rekening houdend met het feit dat er geen significante wijzigingen hebben plaatsgevonden sinds het registreren van de screener.

In het kader van het pilootproject kan dit niet omdat deze patiënten toen nog niet waren opgenomen en dus nog niet getagd werden. Je zal bij het invullen wel tijd kunnen winnen aangezien je je kan baseren op de reeds ingevulde velden.

7.14 Moeten zorgverstrekkers die de Vlaamse BelRAI-opleiding gevolgd hebben de BelRAI-opleidingen opnieuw volgen in het kader van het pilootproject?

Nee, indien zij een geldig certificaat kunnen aanleveren waarop zowel de BelRAI screener als de BelRAI Home Care staat vermeld, moeten ze enkel de BelRAI-introductie volgen omdat hierin de integratie van de BelRAI-instrumenten binnen het pilootproject wordt toegelicht.

7.15 Welke vormingsattesten worden uitgereikt aan zorgverstrekkers die de BelRAI-opleidingen gevolgd hebben in het kader van het pilootproject?

Aan diegenen die de basisopleiding tot BelRAI-beoordelaar gevolgd hebben wordt het certificaat van de FOD uitgereikt. Dit is een certificaat enkel voor de instrumenten BelRAI screener en BelRAI Home Care.

7.16 Hoe zal de evaluatie van het afkappunt (9/30) verlopen?

Dit wordt een recurrent agendapunt op de (driemaandelijkse) terugkomdagen met de SPOC's. De discussie kan gebaseerd worden op cijfermateriaal over het aantal BelRAI-instrumenten dat elke praktijk afneemt, in combinatie met een evaluatie door de SPOC's over de meerwaarde van BelRAI voor het inschatten van de zorgnood bij patiënten een score 9-13 hebben.

7.17 Ik heb de opleiding tot LTCF gevolgd. Moet ik dan de opleiding nog volgen?

Ja. De gebruikte BelRAI instrumenten binnen het pilootproject zijn de BelRAI screener en de BelRAI Home Care. Om deze instrumenten te mogen invullen, moet ook voor deze instrumenten een opleiding gevolgd worden.

7.18 Moet het BelRAI-assessment volledig herstart worden als een patiënt even uit zorg geweest is, bijvoorbeeld omwille van een ziekenhuisverblijf, vakantie,…

Het opnieuw invullen van een BelRAI instrument is aangewezen bij een significante gebeurtenis. Een ziekenhuisopname behoort hier doorgaans toe, waarbij de zorg werd

onderbroken en hierdoor een nieuwe zorgsituatie zich voordoet. Bij minieme onderbrekingen moet deze beslissing genomen worden aan de hand van het verpleegkundig assessment op basis van de 5 basisvragen.

7.19 Moet er bij kinderen een BelRAI-instrument afgenomen worden?

Nee, aangezien er geen BelRAI-instrument specifiek voor kinderen bestaat. De huidige instrumenten zijn ontwikkeld en gevalideerd voor volwassenen (+18 jaar).

7.20 Hoe registreer je een BelRAI voor patiënten die geen rijksregisternummer hebben?

Het is niet mogelijk om een BelRAI-instrument te registreren zonder een rijksregisternummer. Dit nummer is nodig voor een correcte registratie in de BelRAI software.

7.21 Hoe kunnen BelRAI-beoordelaar die geen Belgische ITSME of identiteitskaart hebben, zich als beoordelaar identificeren en toegang krijgen tot de webapp?

In kader van privacybescherming en informatieveiligheid is een eerste belangrijke maatregel de identificatie en authenticatie van de zorgverlener. Er wordt gecontroleerd wie de zorg- of hulpverlener is en wie er dus inlogt. Om dit te controleren is het belangrijk dat de persoon zich identificeert zodat het systeem kan nagaan of de persoon daadwerkelijk is wie hij/zij/die is. Dit kan bijvoorbeeld via e-id en code, een itsme-account of een persoonlijke logincode. Via een persoonlijke login kan de zorgverlener binnen de eigen professionele software inloggen met een persoonlijke gebruikersnaam en paswoord (cfr. inlogmethode binnen een professioneel elektronische patiëntendossier). Deze gebruikers worden door de verantwoordelijke van de organisatie doorgegeven aan de softwareleverancier die dan achter de schermen persoonlijke logins aanmaakt.

7.22 Hoe kunnen we toegang krijgen tot de BelRAI-resultaten als de patiënt het delen van gegevens weigert?

Toegang en delen van gegevens is gebaseerd op de therapeutische relatie en de geïnformeerde toestemming van de patiënt. Indien de patiënt geen toestemming heeft gegeven voor gegevensdeling, dan is het niet mogelijk om bestaande BelRAI-instrumenten van andere zorgverleners te raadplegen. Je kan mits een therapeutische relatie nog wel een instrument invullen en deze ook raadplegen. Het is belangrijk om de patiënt goed te informeren wat het belang is van delen van gegevens in kader van continuïteit van zorg en kwaliteit van zorg.

7.23 Moet er een BelRAI Home Care afgenomen worden bij patiënten met een mentale en / of fysieke beperking die in een voorziening verblijven maar in het weekend naar huis kunnen gaan?

Ja. Ook bij patiënten met mentale en fysieke beperkingen wordt het verpleegkundig assessment gevolgd. Bij hen zal sowieso een BelRAI Screener ingevuld worden + BelRAI Home Care bij meer of gelijk aan 9/30.

7.24 Is er een e-Health certificaat nodig om BelRAI-instrumenten te kunnen registreren in het federale BelRAI-platform?

Nee. De toegang tot BelRAI 2.0 (interfederale webapp) verloopt via de standaardauthenticatie (eID / itsme). Er is geen e-health-certificaat nodig. In Besluit CSI/CSSS 18/026 wordt de e-health-box niet genoemd als vereiste.

Toegang tot BelRAI 2.0 is afhankelijk van de verificatie (via gevalideerde authentieke bronnen, met name CoBRHA) dat de zorgverlener tot de toegestane beroepen/categorieën behoort.

Daarnaast is er voor de toegang tot / het delen van patiëntgegevens een zorg-/ therapeutische relatie (Therlink)vereist, evenals een informed consent (via eHealth).

7.25 Moeten de vijf basisvragen ook gesteld worden aan een patiënte die voor een eenmalige behandeling naar een verpleegpost gaat? Indien ja, welke vervolgacties zijn mogelijk indien er dan toch een probleem gedetecteerd wordt?

Ja, de vijf basisvragen moeten gesteld worden. Indien er op een van de vijf vragen 'ja' wordt geantwoord, dan wordt de optie tot verdere screening voorgelegd aan de patiënt. Indien de patiënt hierop wenst in te gaan, zal er een VVAZ langskomen om de intake verder op te nemen.

7.26 Kan de BelRAI Screener ingevuld worden zonder huisbezoek?

In principe vereist het invullen van een BelRAI-instrument steeds een bezoek ter plaatse bij de patiënt. Echter, indien de BelRAI beoordelaar de vaste verpleegkundige is van de patiënt voor wie het instrument wordt ingevuld, die de patiënt en zijn situatie zeer goed kent en kan beoordelen hoe de voorbije drie dagen verlopen zijn, dan is er voor het afnemen van het BelRAI-instrument geen specifiek (apart) huisbezoek vereist. Uiteraard dienen steeds alle BelRAI-principes toegepast te worden.

7.27 Is de aanwezigheid van een 'circle of trust' een voorwaarden om een BelRAI-instrument te kunnen invullen voor een patiënt?

Nee, dit is niet vereist.

7.28 Welke voorwaarden moeten vervuld zijn om toegang te krijgen tot het federale BelRAI-platform?

De toegang tot het interfederale BelRAI-platform (webapp) wordt verstrekt op basis van de volgende twee verificaties:

- de controle van de identiteit van de aanvrager (via e-ID of itsme);
- de controle op het diploma / de beroepscategorie: toegang wordt enkel verstrekt aan besroepscategorieën die daar door de Commissie voor Informatieveiligheid de bevoegdheid toe hebben. Het diploma / visum moet verifieerbaar zijn via een gevalideerde authentieke bron (CoBRHa)

Het hebben van het opleidingscertificaat is een voorwaarde om BelRAI-beoordelingen te mogen invullen, maar vormt dus geen (technische) vereiste voor toegang tot het platform.

7.29 Waar kunnen technische problemen met het BelRAI-platform gemeld worden?

Deze kunnen gemeld worden op het volgende e-mailadres: belrai@health.fgov.be.

8. Wetenschappelijk onderzoek

8.1 Welke tijdsbesteding moet ik voorzien voor deelname aan het wetenschappelijk onderzoek?

Alle verpleeg- en zorgkundigen die werkzaam zijn in een praktijk en die directe zorg verstrekken aan patiënten, zullen uitgenodigd worden om deel te nemen aan een (digitale) bevraging. Deze bevraging gebeurt op drie meetmomenten: tijdens de pre-meting, na 1 jaar en na 2 jaar.

Voor deelname aan de interviews en de focusgroepen zal er aan de deelnemende praktijken gevraagd worden om per praktijk minstens één persoon voor te stellen. Dit mogen verpleegkundigen, zorgkundigen of coördinatoren zijn.

Als er voldoende deelnemers worden voorgesteld door de praktijken, zullen mogelijk niet alle voorgestelde personen effectief worden uitgenodigd voor deelname. Als er onvoldoende personen voorgesteld worden zal er aan de SPOC's gevraagd worden om bijkomende kandidaten voor te stellen.

De vorm van de interviews en focusgroepen (nl. digitaal of fysiek overleg) is nog niet bepaald. Waarschijnlijk zullen ze hoofdzakelijk digitaal georganiseerd worden.

8.2 Wordt de administratieve last van het delen van gegevens geëvalueerd?

Als dit een aandachtspunt is, kan dit onderwerp naar voren gebracht worden als onderdeel van de evaluatie van het pilootproject tijdens de interviews en focusgroepen, die georganiseerd worden door het KCE.

8.3 Zullen de gegevens die naar het KCE worden doorgegeven geanonimiseerd worden of moeten de patiënten een overeenkomst ondertekenen?

Deze worden geanonimiseerd.

8.4 Worden er tussentijdse evaluaties gepubliceerd op de RIZIV website?

In de periode maart-mei 2028 zal er een tussentijds rapport gepubliceerd worden. Dit rapport zal de resultaten van de eerste analyses beschrijven, zonder hier al beleidsaanbevelingen aan te koppelen. Er werden nog geen afspraken gemaakt over het delen van dit rapport met de sector. Het finale rapport wordt in juni 2029 verwacht. Dit rapport beschrijft de resultaten van de uitgebreide analyses en de beleidsaanbevelingen.

8.5 In welke mate zal het wetenschappelijk onderzoek een uitspraak kunnen doen over prestaties, die niet gefinancierd worden vanuit de verplichte ziekteverzekering, maar wel op grond van een overeenkomst (vb. bloedafname of overeenkomst met een medisch huis)?

Prestaties, die niet gefinancierd worden vanuit de verplichte ziekteverzekering, maar wel op grond van een overeenkomst (vb. bloedafname of overeenkomst met een medisch huis) worden geregistreerd indien ze deel uitmaken van een reguliere verpleegkundige ronde. Deze registratie stroomt echter niet door naar het facturatiebestand omdat de facturatie van dergelijke prestaties op dezelfde manier als vandaag zal blijven verlopen.

Het gevolg hiervan is dat deze prestaties niet in de IMA-data zullen zitten, waarop het KCE zich voor zijn analyses baseert. Deze prestaties zitten wel vervat in de rapportage, die in het EVD voorzien moet worden en wordt van hieruit, als onderdeel van de praktijkregistratie, door de praktijk opgeladen in het onderzoeksportaal. Op die manier kan het KCE deze prestaties mee verwerken in hun analyses.

Deze rapportage omvat het totale volume van dergelijke prestaties (d.w.z. totaal bedrag gefactureerd op maandbasis en totaal aantal geregistreerde minuten), zonder het onderscheid te maken naar type prestaties (d.w.z. prestaties patiënten van medische huizen, prestatie voor labo, prestaties voor ziekenhuis, …).

8.6 In de praktijksamenstelling wordt gevraag hoeveel tijd een zorgverlener actief is binnen de praktijk, maar via een detachering/financiering (bv. vaste shiften) voor activiteiten buiten artikel 8 financiering? Over welke activiteiten gaat dit?

Dit gaat over activiteiten die de zorgverlener uitvoert binnen de uren waarvoor hij voor de pilootpraktijk werkt, maar die zich buiten de reguliere verpleegkundige ronde bevinden, vb. op structurele basis medicatie klaarzetten in een MPI, praktijkondersteuning leveren in een huisartsenpraktijk, een specifieke ronde voor bloedname in het labo, …

Het aantal VTE dat opgenomen is in de praktijkregistratie is gebaseerd op de (arbeids)overeenkomst) tussen de verpleegkundige en de praktijk en omvat ook de activiteiten buiten artikel 8. De informatie over de uren dat zorgverleners actief zijn op activiteiten buiten art. 8, is bestemd voor het wetenschappelijk onderzoek.

9. IT en registratie

9.1 Tijdens een bezoek wordt de tijd die besteed wordt aan directe versus indirecte zorg niet afzonderlijk getimed. Hoe moet de opsplitsing tussen directe en indirecte zorg dan gemaakt worden?

Als er 'indirecte zorg' (bijv. telefonisch overleg met huisarts) wordt verleend tijdens het bezoek aan de patiënt valt dit onder de tijd voor directe zorg. Dit hoeft niet apart geregistreerd te worden. In de geregistreerde interventiecodes wordt het onderscheid gemaakt tussen de twee soorten zorg (directe en indirecte zorg).

(9.2: geschrapt)

9.3 De functionele vereisten beschrijven dat er een pauzeknop voorzien moet worden om onderbrekingen in de verplaatsingstijd te kunnen registreren. Moet deze knop ook gebruikt worden indien een verpleegkundige de zorgen moet onderbreken tijdens het bezoek zelf (vb. omwille van een telefoonoproep, al dan niet werkgerelateerd)?

De pauzeknop moet enkel voorzien worden voor onderbrekingen in de verplaatsingstijd, niet voor onderbrekingen tijdens geleverde zorg.

9.4 Indien er patiëntbespreking plaatsvindt binnen het team tussen o.a. een verpleegkundige en een zorgkundige gedurende 15 min. Kunnen er dan twee indirecte zorgen op die dag worden vermeld van telkens 15 min. Telkens de verpleegkundige als verstrekker en 1x met de zorgkundige als bijkomende verstrekker?

Ja

9.5 Een zorgkundige registreert een indirecte zorg op een dag dat er geen bezoeken gepland staan. Mag de zorgkundige dan als geattesteerde meegegeven worden op het facturatiebestand, of moet dit (zoals dat vandaag het geval is) steeds een verpleegkundige zijn? Aangezien het hier gaat over zorgen die niet tijdens een bezoek gebeuren, is het technisch uitdagender om te bepalen wie die geattesteerde verpleegkundige is.

De attesterende moet steeds een verpleegkundige zijn, zoniet wordt de facturatie geweigerd.

9.6 Er zijn 4 mogelijke plaatsen van verstrekking, elk met hun pseudo-code. Welke waarde hebben die pseudocodes?

Deze codes worden gebruikt in het kader van het wetenschappelijk onderzoek.

9.7 Als we bij aankomst bij de patiënt vaststellen dat de geplande zorgen niet verstrekt kunnen worden, kunnen we dan zorg- en verplaatsingstijd attesteren op deze patiënt? Bijvoorbeeld: een patiënt wordt na een hospitalisatie in zorg genomen voor het verwisselen van verband. Bij aankomst bij de patiënt blijkt dat het verband slechts om de twee dagen verwisseld moet worden en dat het die dag niet hoeft te gebeuren.

~~Bij aankomst wordt de start geregistreerd, onmiddellijk gevolgd door stop. Er zal in dit geval een langere verplaatsingstijd geregistreerd worden (nl. van A naar C).~~

In dit voorbeeld volgt de verpleegkundige de patiënt op en wordt er op basis van het klinisch oordeel besloten dat er op die dag geen verdere zorgen kunnen worden verstrekt. Bij aankomst bij de patiënt wordt het bezoek gestart, vervolgens wordt de interventiecode geattesteerd die overeenstemt met de activiteiten die verricht werden (bijvoorbeeld A.3.1 bijkomende observatie), waarna het einde van het bezoek geregistreerd wordt.

Indien er enkel zorgcoördinatie kan worden opgestart ,bijvoorbeeld wanneer blijkt dat de patiënt opgenomen moet worden in het ziekenhuis of dat er overleg met de huisarts nodig is vanwege de annulering van de behandeling, dan kan interventiecode A.3.11 geattesteerd “Zorgcoördinatie nadat een geplande directe zorg niet is kunnen doorgaan’.

Aangezien er zorgen werden verstrekt, zullen zowel de verplaatsingstijd als de (korte) duur van het bezoek gefactureerd worden.

10. IT en facturatie

10.1 Blijven de huidige toepassingsregels van art. 8 van kracht? Bijvoorbeeld cumulregels (bepaalde zorgen die niet tijdens 1 bezoek gecumuleerd mogen worden (vb. combinatie compressieverbanden / steunkousen met andere verstrekkingen) Of regels waarbij bv. een prestatie enkel kan aangerekend worden als eerst een andere prestatie heeft plaatsgevonden

In het pilootproject wordt elke prestatie, die tijdens een bezoek geleverd wordt, geregistreerd. De financiering van de zorgverstrekker is gebaseerd op de duur van het bezoek en de verplaatsingen, de interventiecodes worden geregistreerd voor onderzoeksdoeleinden. De toepassingsregels van art. 8 vervallen dus, behalve diegene die expliciet vermeld worden(vb. dat er geen verplaatsingstijd geregistreerd kan worden bij uitsluitend indirecte zorg).

10.3 Mag een toilet nog uitgevoerd worden wanneer de aanvraag (op basis van de Katz-schaal) geweigerd werd?

In het pilootproject is de financiering gebaseerd op de duur van het bezoek. Het is niet langer nodig om vooraf een aanvraag in te dienen om voor financiering in aanmerking te komen. De Katz-schaal moet nog steeds worden ingevuld en ingediend (vanwege de rechten die eraan verbonden zijn), maar de terugbetaling van de zorgkosten is hier niet langer van afhankelijk. Het is natuurlijk belangrijk dat de verpleegkundige de noodzakelijkheid van de zorgen regelmatig evalueert, de zorgen moeten steeds verantwoord zijn in functie van de aandoening en de toestand/evolutie van de patiënt.

10.4 Als de indirecte zorg werd uitgevoerd samen met bezoek met directe zorgen. Volstaat het dan 'directe zorg' te factureren en de pseudocode van de indirecte zorg eronder te vermelden. Of wordt verwacht dat er een aparte lijn is voor de indirecte zorg met de duur van de indirecte zorg die dan van de bezoekduur zou moeten afgetrokken worden.

Onder de code van 'directe zorg' kunnen interventiecodes met betrekking tot indirecte zorg geregistreerd worden. Het omgekeerde is niet mogelijk. Onder de code van een 'indirecte zorg' kan geen interventiecode uit het blok 'directe zorg' geregistreerd worden.

10.5 Blijft de verplichting van kracht dat er eerst een verpleegkundig advies geattesteerd moet worden via bijlage 81 voordat er een medicatiebox kan geattesteerd worden?

Alle administratieve verplichtingen (bijlage 81, notificaties via myCarenet, wondzorgdossier, ...) blijven bestaan zoals vandaag. Daarnaast is het wel zo dat de cumulregels niet langer van toepassing zijn, met uitzondering van deze die expliciet

benoemd worden. Hieruit volgt dat er niet langer eerst een verpleegkundig advies geattesteerd moet worden, voordat er een medicatiebox geregistreerd kan worden, maar er moet wel een bijlage 81 worden opgemaakt en bijgehouden in het verpleegkundig dossier. Alle prestaties, die tijdens een bezoek geleverd worden, worden geregistreerd. De registratie van prestaties (interventiecodes) staat los van de financiering (via het uurtarief).

10.6 Bijlage 81 is een administratieve verplichting, maar geen voorwaarde voor facturatie. Wat als de bijlage 81 niet aanwezig is? Wanneer er geen enkele consequentie is, wanneer deze ontbreekt, is dit dan nog een administratieve verplichting?

Alle huidige administratieve verplichtingen blijven behouden. De aanwezigheid van een bijlage 81 kan het voorwerp vormen van een a posteriori controle door de mutualiteiten.

10.8 Moet er voor indirecte zorg een 'plaats van verstrekking' worden meegegeven?

Voor indirecte zorg moet er geen plaats (pseudo-code 'betrekkelijke verstrekking') meegegeven worden.

10.9 Als er geen verplaatsing aangerekend wordt (bijvoorbeeld bij het laatste bezoek van de dag), wordt er dan een verplaatsingsrecord aan 0 euro in het facturatiebestand worden vermeld of helemaal geen verplaatsingsrecord?

Als er geen verplaatsing wordt aan gerekend, moet er geen verplaatsingsrecord vermeld worden.

10.10 Dient er een bewijsstuk opgemaakt te worden?

Ja, de regels blijven op dit vlak ongewijzigd. Het document 'Functionele vereisten' beschrijft welke gegevens hierop vermeld moeten worden.

10.11 Moet verplaatsingstijd weergegeven worden op het bewijsstuk?

In het document 'Functionele vereisten EVD' wordt onder paragraaf 4.4 'Infodocument' beschreven welke informatie op het bewijsstuk vermeld moet worden. Verplaatsingstijd moet hier niet op worden weergegeven.

10.12 Voor het verplichte bewijsstuk wordt er gesteld dat er per datum per zorgverstrekker moet meegegeven worden hoeveel minuten directe zorg en hoeveel minuten indirecte zorg aangerekend werden. Maar wat als er tijdens een bezoek zowel een directe als indirecte zorg plaatsvindt en er geen tijdsregistratie op de indirecte zorg is gezet en dus enkel de tijdsduur van het bezoek aanwezig is?

Indirecte zorg die tijdens een patiëntenbezoek verleend wordt, mag op het facturatiebestand geregistreerd worden onder de pseudo-code nomenclatuur van de directe zorg. Dit mag op dezelfde manier gebeuren op het bewijsstuk.

10.14 Op welke patiënt wordt de verplaatsingstijd geregistreerd?

De verplaatsingstijd wordt geregistreerd op de patiënt naar wie de verpleegkundige zich begeeft. Op de eerste patiënt wordt geen verplaatsing geregistreerd, (deze verplaatsing wordt als woon-werkverkeer beschouwd). De start van de werkdag wordt pas geregistreerd bij de start van het eerste bezoek van de dag. Op de laatste patiënt wordt er wel een verplaatsingstijd geregistreerd.

10.15 Moet het palliatief forfait door de software verdeeld worden over de eventuele verschillende verstrekkers die op een bepaalde dag zorg hebben verleend?

Het palliatief forfait wordt aan de praktijk uitgekeerd, per verzorgingsdag en per patiënt die ten minstens 1 bezoek heeft gehad. Het is aan de praktijk om dit indien gewenst verder te verdelen onder de zorgverstrekkers. De huidige verdeelsleutels kunnen hiervoor behouden blijven.

Aangezien het een forfait per verzorgingsdag betreft, kan dit forfait enkel geattesteerd worden op dagen waarop er directe zorgen werden verstrekt.

10.16 Wordt een prestatie van een zorgkundige in het pilootproject nog steeds gefactureerd op naam van een verpleegkundige?

Ja, op dit vlak blijven de regels ongewijzigd. De verpleegkundige is de verstrekker (Z15) en de zorgkundige de bijkomende verstrekker (Z49). Dit geldt zowel voor directe als indirecte zorg.

10.18 Welke praktijken krijgen een nieuw derdebetalersnummer?

Alle pilootpraktijken krijgen een nieuw derdebetalersnummer. Dit werd door het Riziv verstrekt na het ondertekenen van het contract. Controlepraktijkenkrijkgen geen nieuw derdebetalersnummer, zij blijven onder hun huidige derdebetalersnummer factureren.

10.19 Moeten verstrekkingen waarvoor de huidige facturatie niet via artikel 8 geregeld wordt, geregistreerd worden? Voorbeelden zijn prestaties op grond van een overeenkomst met een ziekenhuis of labo, prestaties die gefactureerd worden aan een medisch huis, OCMW's, private verzekeringen of de patiënt zelf.

Dergelijke zorgen worden geregistreerd wanneer ze binnen een reguliere verpleegkundige toer worden verstrekt. Op die manier willen we een volledig beeld verkrijgen van de zorgen die door thuisverpleging worden verstrekt.

De facturatie zal achterliggend evenwel gecorrigeerd worden, zodat de prestatie slechts 1x vergoed wordt.

10.20 Hoe moeten zorgen, die momenteel niet op grond van artikel 8 vergoed worden, facturatietechnisch verwerkt worden? Moeten deze zorgen vervat zitten in het facturatiebestand art. 56? Moet de geregistreerde tijd van het bezoek gecorrigeerd worden, om dubbele financiering van deze zorgen te vermijden?

Facturatietechnisch worden vijf situaties onderscheiden.

1. **Prestaties aan patiënten waarvoor de facturatie gericht wordt aan een derde (bijv. medisch huis, private verzekeraar, de patiënt zelf, OCMW, ...)**: De facturatie blijft het huidige facturatiecircuit volgen. Deze prestaties komen niet in het facturatiebestand art. 56.
2. **Het bezoek bestaat uitsluitend uit prestaties die gefinancierd worden via overeenkomst (vb. bloedname voor rekening van ziekenhuis of labo)**: De facturatie blijft het huidige facturatiecircuit volgen. Deze prestaties komen niet in het facturatiebestand art. 56.
3. **Het bezoek bestaat uitsluitend uit prestaties die gefinancierd worden buiten art. 8 maar die wel aan de VI gefactureerd worden (pseudo-codes vaccinatie, diabeteseducatie, thuishospitalisatie)**: De facturatie blijft het huidige facturatiecircuit volgen. Deze prestaties kunnen autonoom (dus zonder enige andere verstrekking op die dag voor die patiënt) via het facturatiebestand art. 56 gefactureerd worden. Het gaat om de volgende pseudo-codes:
    - Vaccinatie: 419451, 419974, 419996
    - Diabeteseducatie: 794253, 794312, 794334, 794415, 794430, 794452
    - Thuishospitalisatie: 418574, 418596, 418611
4. **Een gedeelte van het bezoek wordt gefinancierd via een overeenkomst (bv. bloedafname) (zie punt 2.2 in bijlage 28.2 van de factureringsinstructies)**: Het volledige bezoek zit in het facturatiebestand art. 56**,** inclusief de interventiecodes van de verstrekkingen die gefinancierd worden via een overeenkomst. Het aantal gefactureerde minuten directe zorg wordt verminderd met de tijd besteed aan de verstrekkingen die via overeenkomst gefinancierd worden, op basis van de

omzettingstabel. De financiering van de zorgen die gebaseerd zijn op een overeenkomst, verloopt volgens het huidige facturatiecircuit.

5. **Een gedeelte van het bezoek wordt gefinancierd buiten art. 8 maar wordt wel aan de VI gefactureerd (pseudo-codes vaccinatie, diabeteseducatie, thuishospitalisatie) (zie punt 2.1 in bijlage 28.2 van de factureringsinstructies)**: Het volledige bezoek zit in het facturatiebestand art. 56, inclusief de interventiecodes die overeenstemmen met de verstrekkingen vaccinatie, diabeteseducatie, thuishospitalisatie Het aantal gefactureerde minuten directe zorg wordt verminderd met de tijd besteed aan de verstrekkingen vaccinatie, diabeteseducatie, thuishospitalisatie op basis van de omzettingstabel. De verstrekkingen vaccinatie, diabeteseducatie, thuishospitalisatie worden via het facturatiebestand art. 56, op het einde van de reeks (einde verzorgingsdag), gefactureerd aan de VI. Het gaat om de volgende pseudo-codes:

    - Vaccinatie: 419451, 419974, 419996
    - Diabeteseducatie: 794253, 794312, 794334, 794415, 794430, 794452
    - Thuishospitalisatie: 418574, 418596, 418611

10.22 Dienen zones van recordtype 50 omtrent het voorschrift ingevuld te worden (Z20-21 datum voorschrift, Z24-25 identificatie voorschrijver, Z26 norm voorschrijver)?

In de facturatierecords (= de pseudo-codes directe en indirecte zorg + verplaatsingskost + palliatief forfait) moeten deze zones niet ingevuld worden. Bij de interventiecodes moeten ze ingevuld worden indien het voorschriftplichtige verstrekkingen betreft (zoals aangegeven in de lijst met interventiecodes).

Voor interventiecodes met hygiënische zorgen (toiletten) geldt de regel van art. 8 niet. Het is dus niet zo dat de datum van de toiletaanvraag (MyCareNetbericht 410000) als ‘datum voorschrift’ (Z20-21) moet vermeld worden. Dit vloeit voort uit het feit dat de Katz (bericht 410000) niet gecontroleerd wordt. Voor interventiecodes hygiënische zorg is de voorschrijver = 0, alsook datum voorschrift, alsook norm voorschrijver.

10.23 Indien er nu gefactureerd wordt aan een medisch huis of andere bestemmeling (niet mutualiteit) gebeurt dit via de nomenclatuurcodes. Wordt er in de toekomst dan ook via de nieuwe pseudocodes en uurtarief gefactureerd?

Elke deelnemende praktijk bepaalt zelf, in overleg met het betreffende medisch huis of andere bestemmeling en al dan niet op basis van de (bestaande) overeenkomst, welke tarifering (art. 8 of art. 56) gebruikt wordt ten aanzien van het medisch huis of de andere bestemmeling. Bestaande overeenkomsten (bv. met een medisch huis) moeten dus nagekeken worden. In het kader van het pilootproject moeten de tijden en de interventiecodes wel geregistreerd worden voor onderzoeksdoeleinden.

Het bewijsstuk dat vanuit het EVD opgemaakt wordt, geeft een beeld van de zorgen die verstrekt werden. De afspraken die er rond facturatie gemaakt worden met het medisch huis staan evenwel buiten het pilootproject. De facturatie aan het medisch huis kan, maar moet niet gebeuren aan de hand van het bewijsstuk.

De facturatie van die patiënten (medische huizen of andere bestemmeling) komt niet in het facturatiebestand, maar hier moet vanuit het EVD een rapportering op kunnen gebeuren (6-maandelijks).

10.24 Welke thuisverpleegkundige prestaties kunnen verstrekt worden aan vluchtelingen? Kunnen zij enkel geholpen worden in situaties van grote risico's? Hoe gebeurt de facturatie van dergelijke prestaties?

Net zoals vandaag kunnen deze prestaties niet gefactureerd worden aan de mutualiteiten. Deze prestaties dienen aan de andere bestemmeling (bv. Fedasil) gefactureerd te worden. In het kader van het pilootproject moeten de tijden en de interventiecodes wel geregistreerd worden voor onderzoeksdoeleinden. De facturatie van die patiënten komt niet in het facturatiebestand, maar hier moet vanuit het EVD een rapportering op kunnen gebeuren (6-maandelijks).

10.25 438653 Subcutane inspuiting: IP SC die niet diabetes gerelateerd is, mag ook door zorgkundige uitgevoerd worden, echter de interventiecode maakt geen onderscheid. Zal deze prestatie verworpen worden indien we een Clexane onder die interventiecode doorsturen op naam van een zorgkundige?

De gestelde handelingen moeten in lijn zijn met de wettelijke bepalingen terzake. Aangezien het mogelijk is dat een zorgkundige een subcutane inspuiting toedient, is de kolom ‘delegeerbaar aan zorgkundige’ uit de toelichting bij de interventiecodes ingevuld met ‘ja’. De a priori controle door de mutualiteiten is gebaseerd op deze tabel. In dit voorbeeld zal de interventiecode zal dus aanvaard worden ook als er een zorgkundige als bijkomende verstrekker (Z49) vermeld wordt.

10.26 Welke verstrekker moet er opgenomen worden in zones 15, 16 en 49 van het palliatieve forfait? Die van het eerste bezoek? Mag dit ook een zorgkundige of verpleegassistente zijn? Moeten zones 20 24-25 en 26 ingevuld worden? Indien ja, wat dient er dan ingevuld te worden in deze zones?

Het palliatief forfait wordt uitbetaald op niveau van de praktijk. De praktijk kan zelf bepalen hoe deze vergoeding intern verdeeld wordt. De wijze van factureren is analoog aan deze van het forfaitair honorarium uit art.8: "Het forfaitair honorarium bedoeld in rubriek II van § 1, 1°, 2°, 3°, 3°bis en 3°ter wordt geattesteerd door de beoefenaar van de verpleegkunde die de eerste verstrekking van de verzorgingsdag verleent. Het forfaitair honorarium bedoeld in rubriek IV van § 1, 1° en 2° wordt, indien het eerste bezoek niet door de gegradueerde verpleegkundige of met deze gelijkgestelde, de vroedvrouw of de verpleegkundige met brevet werd uitgevoerd, geattesteerd door de gegradueerde verpleegkundige of met deze gelijkgestelde, de vroedvrouw of de verpleegkundige met brevet die effectief zorg heeft verleend gedurende een van de verzorgingszittingen tijdens dezelfde verzorgingsdag."

Voor het palliatief forfait wordt dus als verstrekker de 1ste verpleegkundige (VVAZ of basisverpleegkundige) van de verzorgingsdag vermeld. Er mag geen zorgkundige als bijkomende verstrekker (Z49) vermeld worden, bijgevolg kan de norm verstrekker (Z16) niet gelijk zijn aan 2.

Voor het palliatief forfait moeten de zones met betrekking tot het voorschrift (voorschrijver Z 24-25, datum voorschrift Z 20-21 en norm voorschrijver Z 26) niet ingevuld worden. Er moet wel een MyCarenetbericht 420000 (notificatie palliatieve patiënt) zijn.

10.27 Voor bepaalde interventiecodes is er in bepaalde gevallen wel en in andere gevallen geen voorschrift vereist. Hoe zal hiermee omgegaan worden op het vlak van controle door de mutualiteiten?

Omwille van administratieve vereenvoudiging werd ervoor gekozen om geen volledige ontdubbeling van interventiecodes te voorzien. De praktijken ontvangen bij de interventiecodes ook een toelichting, waarin de voorschriftplicht per interventiecode verduidelijkt wordt. Bovendien worden de interventiecodes waarop de VI's een controle op de voorschrijver moeten doen expliciet vermeld in het tabblad "controle VS" van het Excel-bestand met interventiecodes. Deze lijst bevat de interventiecodes waarvoor er altijd een voorschrijver noodzakelijk is. Voor alle andere interventiecodes is het vermelden van een voorschrijver facultatief.

10.28 Hoe dient er omgegaan te worden met laattijdige facturaties of herindieningen van facturaties in de overgang van artikel 8- naar artikel 56-facturatie?

Verstrekkingen van art. 8 met prestatiedatum < 1/6/2026 (laattijdige facturaties of herindieningen van verworpen prestaties) moeten gefactureerd worden met een 'oud'

groepsnummer. Indien de praktijk volledig overgestapt is naar het pilootproject, zal hun 'oud' groepsnummer nog niet onmiddellijk afgesloten worden zodat het nog gebruikt kan worden voor prestaties art. 8 uit het verleden. Indien de praktijk slechts gedeeltelijk overgestapt is naar het pilootproject, blijft het 'oud' groepsnummer sowieso bestaan voor de niet-deelnemende deelpraktijken. Prestaties uit het verleden van deelnemende deelpraktijken kunnen dus nog met dit groepsnummer gefactureerd worden (in hetzelfde facturatiebestand als de prestaties van de niet-deelnemende deelpraktijken).

10.29 Momenteel wordt voor iedere patiënt die verzorgd wordt in de tarifiëren periode, de betalingsverbintenis opgevraagd. Moet deze betalingsverbintenis meegezonden worden in het pilootproject?

Ja

11. IT en rapportering

11.1 Hoe moet de gevraagde rapportage op het gevraagde aantal bezoeken geïnterpreteerd worden: Gaat het om het aantal week-/weekendbezoeken met directe en/of indirecte zorg? Of gaat het om bezoeken met uitsluitend directe of uitsluitend indirecte zorg?

Het betreft de eerste interpretatie, met name de onderverdeling van het totaal aantal bezoeken naar week vs. weekend enerzijds en naar direct vs. indirect anderzijds.

11.2 In het rapportagesjabloon wordt het onderscheid gemaakt tussen zorg vs verplaatsing en week vs weekend, maar daarmee heb je geen opdeling van totale zorgtijd in de week vs totale zorgtijd in het weekend vs totale verplaatsingstijd in de week vs totale verplaatsingstijd in het weekend.

Dit is correct, dit niveau van detail wordt niet gevraagd.

11.3 In de rapportage wordt gevraagd naar een rapportering op de langste bezoeken. Welke duur moet hiervoor in rekening genomen worden? Enkel de zorgtijd, of ook verplaatsingstijd?

Enkel zorgtijd, zonder verplaatsingstijd.

11.4 In het rapporteringssjabloon wordt gevraagd naar het aantal ingediende BelRAI-instrumenten (screeners en Home Cares). Mogen we hiervoor het aantal geregistreerde interventiecodes (B.1.5 en B.1.6) nemen?

Nee, in de functionele vereisten wordt er gevraagd om aankruisvakjes te voorzien voor screener en Home Care, het gaat over een rapportering op het aantal aangekruiste BelRAI-instrumenten (screener of Home Care).

11.5 Dient de rapportering te gebeuren op prestatie- of op facturatiemaand?

De rapportering dient te gebeuren op de uiteindelijk aanvaarde prestaties. De finaliteit van deze rapportering is dat de OP op maandbasis op praktijk overkoepelend niveau een aantal kwalitatieve parameters van de geleverde zorg (vb. direct vs. indirecte zorg, week- vs. weekendprestaties), het budget van het pilootproject en kunnen opvolgen en hierover zesmaandelijks kunnen rapporteren aan het Begeleidingscomité.

Daarnaast moeten de praktijken ook een aantal logische controles uitvoeren op de geregistreerde prestaties, alvorens deze door te sturen / vrij te geven voor facturatie. Deze staan beschreven in de nota 'functionele vereisten'. Om deze controles te kunnen uitvoeren kan de praktijk zich inspireren op de statistieken uit het gevraagde rapport, die op dat moment nog niet de status van uiteindelijk aanvaarde prestaties zullen hebben.