

RIZIV  
Ter attentie van de heer Jo De Cock  
Administrateur-generaal  
Tervurenlaan 211  
1150 BRUXELLES

Cc : Aan mevrouw Maggie De Block  
Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Aan de heer Bart Dehaes  
Voorzitter TGR

Aan de heer Pedro Facon  
Directeur-generaal Volksgezondheid

Brussel, 11 mei 2020

Geachte heer administrateur-generaal  
Beste heer De Cock,

De BVAS -ABSyM wil u graag op de hoogte brengen van een aantal verzoeken in verband met diverse medische akten. Meer in het bijzonder gaat het om:

## 1. Staalafnames

Er zijn twee trends op het terrein: de akte wordt ofwel aan de lopende band uitgevoerd, in een triagecentrum of drive-in ofwel in de privépraktijk (of bij de patiënt thuis).

Om dit in een triagecentrum in goede omstandigheden te doen, zijn er twee personen nodig: een tester en een andere die helpt bij de manipulatie, identificatie van de stalen, verpakking zonder risico (zoals in de operatiezaal). Op deze manier kunnen we 10 tot 15 stalen per uur nemen. Voor deze testingcentra van het type triagecentrum of drive-in pleit BVAS voor een forfaitaire vergoeding van 80€/u met uurroosters aangepast aan de werklust (om niet 24/24 te openen maar eerder een beperkt aantal uren: geef bijvoorbeeld de forfaitaire vergoeding als er meer dan 5 stalen per uur genomen worden).

Artsen moeten het recht krijgen om de test uit te voeren na een fysieke consultatie, of dat nu in het kabinet van de arts is of thuis bij een patiënt die niet in staat is om naar een triagecentrum te gaan. Het is dus nodig om een code aan te maken voor een staalafname per akte in de praktijk van de arts of bij de patiënt thuis. Gezien de tijd die nodig is om deze akte voor te bereiden en uit te voeren in deze bijzondere omstandigheden, stellen wij een waarde tussen 15 en 20 euro voor. Wij kunnen onder deze voorwaarden een maximum van 4 attesten per uur voorstellen. Dit specifieke honorarium moet uiteraard cumuleerbaar zijn met een consultatie wanneer die consultatie wordt verricht (101076 in de praktijk of in het triagecentrum en 103132, ... bij de patiënt thuis).

## **2. Het blokkeren van ziekenhuisbedden in afwachting van een tweede golf**

In de nota van 24/04 over de "tweede golf" die de regering aan de ziekenhuizen stuurde, staat geschreven: "De federale regering zal voorzien in een systeem van financiële compensatie voor de permanent gereserveerde capaciteit (eerste fase), alsook voor de activering van de tweede fase indien nodig".

We begrijpen de logica van een compensatie voor het reserveren van lege bedden. We willen eraan herinneren dat deze lege bedden ook de medische activiteit in het ziekenhuis beperken. Wij verdedigen dan ook dat deze vergoeding ook de medische honoraria voor artsen omvat. En natuurlijk gaat het dit keer, gezien de duur van de blokkering, om een compensatie en niet om een voorschot. Deze vraag lijkt ons vanzelfsprekend en gerechtvaardigd te zijn.

## **3. Teleconsultatie**

### **3.1 Remgeld**

Tijdens onze vergadering van 2 weken geleden hebben we verdedigd dat het RIZIV een evenwichtig standpunt moet innemen over het remgeld bij teleconsultatie. Ter herinnering: het RIZIV heeft momenteel besloten om dit remgeld terug te betalen voor alle beroepen in de gezondheidszorg die toegang hebben tot teleconsultatie, met uitzondering van de artsen. Deze ongelijke behandeling lijkt ons onaanvaardbaar. We vragen om een snelle aanpassing van deze situatie.

Een mogelijke piste kan erin bestaan dat de arts de teleconsultatie via derde betaler factureert aan de ziekenfondsen, met inbegrip van het remgeld. Het ziekenfonds zal dan (1x/maand) met de patiënt de zaak regulariseren om het remgeld te incasseren dat het samen met het terugbetaalbare gedeelte aan de dokter heeft betaald.

### 3.2 Uitbreiding van de videoconsultatie

Hetzelfde werk, dezelfde vergoeding: we zien dat teleconsultatie in twee categorieën kan worden onderverdeeld:

- een *triageconsultatie, snel, efficiënt, nooit langer dan 15 minuten*. Voor deze teleconsultatie volstaat de telefoon en ook het huidige tarief.

- een *volledige videoraadpleging, identiek aan een fysieke raadpleging, die tussen 15 en 45 minuten duurt, met extra administratieve tijd* (attesten, voorschriften, ...). Meestal wordt de tijd van het klinisch onderzoek vervangen door meer adviezen (veiligheidsmaatregelen, het dragen van een masker, hoe zich te beschermen, waarom dit alles, enz.) en de duur van de consultatie, net als de adviezen voor de patiënt, verschillen niet van een klassieke consultatie. Daarom vragen wij het recht op terugbetaling van de videoconsultatie voor huisartsen en alle medische specialismen. Dit systeem wordt momenteel toegepast in Nederland en Frankrijk, met een volledig identieke terugbetaling, zonder vastgestelde ontsporingen. Als u vreest voor een ontsporing, kunnen we een beperking accepteren van deze praktijk tot 4 keer per uur en dit tot 8 uur per dag (= maximum 32 codes per dag) voor nomenclatuurcodes die geen tijdsduur definiëren (psychotherapie van 45 minuten, enz.). Voor huisartsen kan de voorafgaande opening van een GMD een werkwijze zijn om het systeem op de sporen te houden.

## 4. COVID-supplementen voor de verstrekkingen

De opvang van een COVID-patiënt in de medische beeldvorming of in de operatiezaal vereist tijdrovende beschermingsprocedures voor het medisch personeel en voor het personeel ten laste van de honoraria. Om deze reden vragen we om de creatie van een COVID-supplement voor al deze akten (anesthesie, chirurgie, beeldvorming).

Daarnaast stellen we ook bij consultaties zowel in de huisartsgeneeskunde als in de gespecialiseerde geneeskunde, meerkosten vast voor materiaal evenals een grotere tussentijd tussen twee consultaties. Om deze redenen vragen wij een verhoging met 15% van de prijs van consultaties gedurende de gehele COVID-19-periode.

## 5. Meerkost tijdens de golven

Zoals gezegd zijn het niet alleen de ziekenhuizen die met meerkosten geconfronteerd worden tijdens de COVID-golven. In veel ziekenhuizen was het nodig dat de arts van wacht 's nachts ontdebeld moest worden met een collega als gevolg van de toegenomen werkdruk en het tijdverlies bij het aan- en uitkleden. Het permanentiehonorarium is echter niet veranderd.

Aanpassing van deze code (toevoeging van een extra code voor COVID-patiënten) lijkt ons een minimum. We verwijzen hier naar de codes 590203 "Forfaitaire honoraria voor medische permanentie binnen het ziekenhuis in een erkende intensieve zorgfunctie door opname in een ziekenhuis op een acute dienst A, C, D, E, G, H, (i), K, L, M of NIC van een algemeen ziekenhuis met een erkende intensieve zorgfunctie" en 590181 "Forfaitaire honoraria voor medische permanentie binnen het ziekenhuis in een erkende gespecialiseerde spoedgevallendienst, per ziekenhuisopname op een acute afdeling A, C, D, E, G, H, (i), K, L, M of NIC van een algemeen ziekenhuis met een erkende gespecialiseerde spoedgevallendienst", evenals 590310 en 590332.

## 6. Beschikbaarheid bij opvordering

Tot slot zijn we ons ervan bewust dat we allemaal opgevorderd kunnen worden om aan het werk te gaan op de plaats die de provinciegouverneur ons zal opleggen.

Het is zeer waarschijnlijk dat het aantal artsen dat wordt gevorderd groter zal zijn dan het werk dat verricht moet worden (omdat het niet erg voorspelbaar is) en dat sommige zullen worden opgevorderd, terwijl er geen werk is. Anderen zullen moeten werken op plaatsen waar de nomenclatuur hen niet toestaat om te factureren.

Daarom vragen we de creatie van een specifiek individueel beschikbaarheidshonorarium voor artsen die thuis stand-by zijn evenals een medisch beschikbaarheidshonorarium wanneer de arts op het terrein aanwezig is.

In de hoop dat u positief op onze verzoeken zult reageren, groeten wij u, geachte heer Administrateur-generaal, met de meeste hoogachting,



Dr. Philippe Devos,  
Voorzitter BVAS