

NATIONAAL AKKOORD ARTSEN – ZIEKENFONDSEN 2018-2019

Krachtens de artikelen 26, 50 en 51 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, heeft de Nationale Commissie Artsen- Ziekenfondsen (hierna NCAZ) onder het voorzitterschap van de heer Johan DE COCK op 19 december 2017 het navolgende akkoord gesloten voor de jaren 2018-2019.

1. CONTEXT

1.1. Aansluitend op de regeringsmaatregelen die tot gevolg hadden dat geen volledige indexering van de honoraria in 2017 werd toegepast, werden na overleg tussen de Regering en de NCAZ een aantal wettelijke aanpassingen geconcretiseerd in de wet van 11 augustus 2017.

Deze aanpassingen beoogden in de eerste plaats het wettelijk kader bij het afsluiten van meerjarige akkoorden te preciseren. Voortaan zal bij het akkoord een financieel meerjarenkader worden gevoegd. Het betrokken akkoord en het financieel kader ervan zal ook aan de Regering worden voorgelegd ter goedkeuring.

Verder werd de stemprocedure in het Verzekeringscomité aangepast. Voorstellen die betrekking hebben op de begrotingsdiscussie vereisen voortaan een meerderheid zowel op de bank van de zorgverleners als op de bank van de ziekenfondsen.

De NCAZ heeft ook kennis genomen van de brief van 13 oktober 2017 waarbij de draagwijdte van de bepalingen van voornoemde wet werd gepreciseerd door het RIZIV, met instemming van de Beleidscel van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid.

Ook werd een wetsontwerp ingediend dat voorziet in de toekenning van sociale voordelen voor geconventioneerde artsen die een beroepsactiviteit verder zetten na de pensioengerechtigde leeftijd bereikt te hebben.

Tenslotte heeft de NCAZ via de Algemene Raad kennis genomen van het voorontwerp van wet inzake de laagvariabele zorg .

De NCAZ dringt erop aan om bij de uitvoering ervan rekening te houden met de voorstellen die aan de Minister werden overgemaakt met betrekking tot de uitsluiting uit het toepassingsgebied van de honoraria voor in consult bijgeroepen artsen bij hospitalisatie, met betrekking tot de tijdelijke verhoging van de berekeningsbasis van de ereloonsupplementen met 15% en met betrekking tot het invoeren van twee patiëntengroepen bij een vaginale bevalling naargelang er al dan niet een epidurale verstreking wordt verleend.

Bovendien herinnert de NCAZ aan het afsprakenkader van 25 januari 2017 (Doc. NCAZ 2017/03) waarin de wens werd uitgedrukt om rekening te houden met de bekommernis om een strategische en operationele betrokkenheid van artsen in de governance van de toekomstige ziekenhuisnetwerken te waarborgen.

Rekening houdend met deze elementen maar ook vanuit de wens om de tariefzekerheid van de patiënten te blijven vrijwaren, wordt voorliggend akkoord afgesloten.

1.2. Dit akkoord, dat voor een periode van twee jaar wordt afgesloten, kadert mede in de beslissing van het Verzekeringscomité van 4 december 2017 om een toekomstvisie voor de sector geneeskundige verzorging te ontwikkelen en is gebaseerd op zeven duidelijke uitgangspunten, met name:

- verbetering van de organisatie en de kwaliteit van de zorgverlening op een aantal domeinen zowel van de huisartsenzorg als van de specialistische geneeskunde (globaal medisch dossier, huisartsenwachtposten en uitrol 1733 systeem, zorg met betrekking tot de rugproblematiek, complexe kankerzorg en geestelijke gezondheidszorg);
- uitrol van het actieplan e-Gezondheid, rekening houdend met de inbreng van de zorgverleners en de realiteiten op het terrein;

- optimalisering van de tariefzekerheid van de patiënten, via maatregelen ter beheersing van honorariasupplementen;
- ontwikkeling van de doelmatige zorg bij voorschrijvers en bij verstrekkers;
- actualisering en herberekening van het systeem van accreditering;
- aanpassing van de Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen (NGV) op basis van een terreinanalyse die de relatieve waardeschalen voor de intensiteit van de medische activiteit en van de operationele kosten in kaart brengt en die voorstellen formuleert om ongerechtvaardigde interdisciplinaire ongelijkheden van de artsenhonoraria weg te werken;
- uitwerking van initiatieven die transversale samenwerking tussen artsen en andere zorgverleners met betrekking tot chronische of complexe zorg bevorderen.

2. PARTIELE BEGROTINGSDOELSTELLING 2018-2019

2.1. De NCAZ noteert dat de Algemene Raad op 9 oktober 2017 het bedrag van de globale begrotingsdoelstelling 2018 heeft vastgesteld en de uitsplitsing ervan in partiële begrotingsdoelstellingen heeft goedgekeurd.

De partiële begrotingsdoelstelling voor de honoraria van de artsen wordt voor 2018 vastgesteld op 8.440.574 duizend euro. Voor de honoraria inzake nierdialyse wordt een bedrag van 159.356 duizend euro vastgesteld.

Voorname bedragen liggen respectievelijk 4,1 % en 3,6 % hoger dan de jongste technische ramingen van het RIZIV voor het jaar 2017.

De enveloppes voor klinische biologie en medische beeldvorming worden, rekening gehouden met de genomen correcties (zie punt 3) respectievelijk vastgesteld op 1.359.755 duizend euro en op 1.288.920 duizend euro, dat is respectievelijk 4,1 % en 3,2 % hoger dan de jongste technische ramingen van het RIZIV voor het jaar 2017.

2.2. Behoudens andersluidend voorstel van het Verzekeringscomité wordt in 2019 het aandeel van de artsenhonoraria in de globale begrotingsdoelstelling, berekend in prijzen 2018, minstens behouden op het aandeel dat in 2018 werd toegewezen. Bij de berekening ervan wordt geen rekening gehouden met bijkomende bedragen die door de regering in 2019 desgevallend buiten de wettelijke groeionorm aan de begrotingsdoelstelling worden toegekend. Het aldus bekomen bedrag wordt verhoogd met de indexmassa die voortvloeit uit de reglementaire bepalingen van toepassing op de datum van de inwerkingtreding van het akkoord.

3. FINANCIËLE MAATREGELEN

Teneinde het verschil tussen de technische ramingen en de toegekende partiële begrotingsdoelstelling weg te werken is een structurele inspanning van 35.862 duizend euro of 0,42 % vereist.

3.1. Deze inspanning zal in 2018 als volgt worden verdeeld, o.m. rekening houdend met de analyses in de auditverslagen:

- een lineaire indexering ten belope van 1,5% wordt vanaf 1 januari 2018 toegekend voor de honoraria, behoudens de hierna vermelde uitzonderingen en de indexclausules voorzien in specifieke koninklijke besluiten (o.m. klinische biologie: forfaitaire honoraria per voorschrift, forfaitair honorarium van een zorgtraject-contract, overeenkomst genetic counseling, beschikbaarheid van huisartsen, van artsen-specialisten en van pediaters in E-diensten, medisch advies bij palliatieve patiënten);
- de raadplegingen voor huisartsen, met uitsluiting van de bijkomende honoraria voor dringendheid, en de raadplegingen voor specialisten worden vanaf 1 januari 2018 geïndexeerd met 1,68%. De huisbezoeken worden met 1,5% geïndexeerd;
- het GMD en de geïntegreerde premie voor huisartsgeneeskunde worden niet geïndexeerd;

- de honoraria voor genetische onderzoeken (art. 33 NGV) en dringende technische verstrekkingen worden niet geïndexeerd;
- de specifieke honoraria voor niet geaccrediteerde artsen worden niet geïndexeerd;
- de honoraria voor medische beeldvorming en klinische biologie worden met ingang van 1 januari 2018 met 1,25% geïndexeerd. Bovendien worden in deze sectoren maatregelen genomen respectievelijk met betrekking tot volumebeperkingen CT wervelzuil en met betrekking tot de beperking van de vitamine B 12 en foliumzuurbepalingen (zie verder punt 4.4.2.). In deze sectoren zullen ook structurele maatregelen worden uitgewerkt om het voorschrijfgedrag bij te sturen in functie van “evidence based practice” (EBP) (zie verder punt 4.4.3.);

De maatregel inzake klinische biologie zal worden uitgevoerd via een aanpassing van de nomenclatuur die van toepassing wordt op 1 juni 2018.

De maatregel inzake medische beeldvorming gaat uit van het behoud in 2018 van het volume CT wervelzuil verricht in 2015. Indien zou worden vastgesteld dat deze doelstelling niet wordt behaald zal dit aanleiding geven tot een tariefaanpassing op 1 oktober 2018 met een structurele impact van 2,6 mio euro. Hierbij zal de medische beeldvorming bij lumbale wervelzuil voor de verschillende vormen (RX, CT en NMR) in zijn geheel worden bekeken.

- Verder wordt de vergoeding van een multidisciplinair consult bij wervelkolomchirurgie ingevoerd (zie verder punt 4.1.3.1.2.) en wordt een honorarium voor trombectomie voorzien vanaf 1 oktober 2018;
- Ook wordt het honorarium voor de raadpleging voor de geaccrediteerde specialist inwendige geneeskunde opgetrokken tot 45 euro vanaf 1 april 2018;
- Tenslotte wordt ook ten belope van 6.126 duizend euro rekening gehouden met zogenaamde gereserveerde bedragen. Het betreft maatregelen waartoe een beslissing werd genomen maar waarbij bij de uitvoering vertraging is opgetreden zodat deze initiatieven niet op 1 januari 2018 in

werking kunnen treden. Tevens wordt vanaf 1 januari 2019 een bedrag van tenminste 2 mio euro voorzien als tussenkomst in de financiering van OCT.

3.2. De NCAZ heeft erover gewaakt dat een evenredige inspanning van de huisartsen en van de artsen-specialisten wordt gevraagd.

3.3. De NCAZ zal voor 2019 tenbelope van 9,9 mio euro maatregelen voorstellen ter compensatie van voormelde gereserveerde bedragen en de overvloeieffecten van maatregelen op jaarbasis.

4. ANDERE MAATREGELEN

4.1. Verbetering van de organisatie in de kwaliteit van de zorgverlening.

4.1.1. Globaal medisch dossier (GMD).

Door de Dienst Geneeskundige Evaluatie en Controle (DGEC) van het RIZIV werd een terreinstudie uitgevoerd met betrekking tot het Globaal Medisch Dossier (code 102771), om een representatief beeld te schetsen van het gebruik en de kwaliteit van het GMD. Tevens werden ook concrete aanbevelingen geformuleerd.

Het GMD is bij uitstek bestemd als een instrument voor de organisatie van de kwaliteit en de continuïteit van de zorg.

Hoewel de uitgaven die met het GMD gepaard gaan aanzienlijk zijn, moet vastgesteld worden dat aan een aantal doelstellingen slechts partieel wordt tegemoet gekomen. Zo blijkt uit de analyse van de DGEC die op 30 juni 2017 aan de NCAZ werd meegedeeld dat het objectief van centralisatie van de relevante informatie van de patiënt maar gedeeltelijk is bereikt. In te veel gevallen werden blinde vlekken vastgesteld. Ook de link met de Sumehr is niet voldoende ontwikkeld. Tenslotte kan een meer algemeen gebruik van het GMD door verzekerden nog verder worden aangemoedigd.

4.1.1.1. Deze vaststellingen impliceren dat aanpassingen op het vlak van het GMD - dat vanaf 2021 veralgemeend elektronisch zal zijn - noodzakelijk zijn.

Als instrument voor de verdere ontwikkeling van het GMD zal de geïntegreerde praktijkpremie worden gehanteerd. Deze zal voortaan bestaan uit drie luiken: praktijktoelage, toelage voor het goed gebruik van het GMD en toelage voor het gebruik van de e-Health diensten.

De huisartsen in opleiding (HAIO's) die gebruik maken van een gehomologeerd softwarepakket behouden het recht op een telematica premie van 800 EUR.

De praktijktoelage wordt vastgesteld op 1000 euro onder de thans geldende voorwaarden.

Dit bedrag kan als volgt worden verhoogd tot maximum 6000 euro:

Een bedrag van 2500 euro zal worden toegekend op basis voor het goed gebruik van het GMD, bijvoorbeeld op basis van volgende indicatoren:

- het opladen van Sumehrs voor een substantieel percentage van de patiënten waarvoor een GMD werd geopend;
- het gebruik van het medicatieschema;
- het gebruik van EBM-Practicenet;
- het meedelen aan het WIV (Sciensano) van een aantal parameters met betrekking tot het proactief gebruik van het GMD voor patiënten met chronische aandoeningen;
- de registratie van de wettelijk voorziene wilsverklaringen (orgaandonatie, wilsverklaringen omtrent het levenseinde).

De meetbare parameters zullen voor 2018 worden vastgesteld vóór 1 april 2018 en voor 2019 vóór 31 december 2018. De evaluatieperiode voor het jaar 2018 zal betrekking hebben op de periode van 1 juli tot 31 december 2018.

Een ander bedrag van 2500 euro wordt toegekend in het kader van het gebruik van e-Gezondheidsdiensten (zie punt 4.2.11.)

4.1.1.2. Verder zullen alle bevoegde zorgverleners via MyCarenet kunnen nagaan wie de GMD houdende huisarts is van een patiënt en zal bij misbruik aan de Orde van Artsen worden gevraagd toe te zien op het respect van de deontologische regels bij het wijzigen van de houder van het GMD.

4.1.1.3. De nodige initiatieven zullen worden genomen om het GMD in de loop van het akkoord op praktijkniveau te kunnen afsluiten en vergoeden.

4.1.1.4. De verzekeringsinstellingen zullen hun leden voor wie geen GMD werd afgesloten informeren over de voordelen ervan. Bovendien zal de mogelijkheid worden onderzocht om het systeem van derde betalende te kunnen toepassen voor de verstrekkingen van de GMD houder.

4.1.1.5. Tenslotte zal door de NCAZ worden onderzocht onder welke voorwaarden de verlenging van het GMD in de toekomst kan losgekoppeld worden van een verplicht jaarlijks contact met de huisarts. Hiertoe zal voor 30 juni 2018 een concreet voorstel worden geformuleerd dat toelaat om vanaf 1 januari 2019 stapsgewijze voor bepaalde patiëntengroepen een vergoeding te voorzien voor het beheer van het GMD in geval van afwezigheid van een patiëntencontact in het voorafgaande jaar. Voornoemd voorstel zal ook de financiële impact in kaart brengen.

4.1.2. Niet planbare zorg en financiering van de huisartsenwachtposten en wachtgerelateerde honoraria.

In het voorjaar van 2018 zal na overleg met de NCAZ en de Hoge Raad Geneesheer-specialisten en Huisartsen een wettelijk kader worden ontworpen waarbij de voorwaarden worden bepaald m.b.t. de organisatie van een verplichte wachtdienst van de huisartsen. Hierbij zal onder meer worden bepaald dat de wachtdienst moet uitgeoefend worden in het kader van samenwerkingsverbanden die zich richten tot een bevolkingsgroep van minimum 300.000 personen. De betrokken samenwerkingsverbanden zullen door de FOD Volksgezondheid worden erkend.

Binnen deze samenwerkingsverbanden zijn de huisartsenwachtposten een cruciaal onderdeel. De beleidsdoelstelling is om over een periode van de komende vier jaar over het volledige grondgebied over huisartsenwachtposten te beschikken. Elke wachtpost zal functioneren in een samenwerkingsverband dat tenminste drie wachtposten omvat. Het eenvormig oproepnummer **1733** behandelt de oproepen voor de wachtdienst. Dit betekent ook dat de telefonische toegang tot de wachtposten geschiedt via 1733.

Om de gecoördineerde uitrol van de samenwerkingsverbanden, wachtposten en het 1733-nummer te verzekeren, zullen de FOD Volksgezondheid en het RIZIV een inter-administratieve cel oprichten. Er wordt tevens voorzien in een begeleidingsplatform met deelname van vertegenwoordigers van het werkveld.

In de schoot van de interadministratieve cel zal samen met de betrokken stakeholders worden nagegaan op welke wijze en met welke financiële middelen een uniform kader voor de financiering van de weekwacht kan worden tot stand gebracht.

4.1.2.1. Financiering en financieringsvoorwaarden voor 2018 voor bestaande initiatieven.

4.1.2.1.1. De bedragen voor de financiering van de bestaande wachtposten in 2018 zijn dezelfde als die voor 2017 en worden opgenomen in een contract dat loopt over de periode van 1 januari 2018 tot en met 31 december 2018. Hierbij kan een indexeringsclausule voor de loonlasten worden voorzien.

4.1.2.1.2. In de contracten voor jaar 2018 worden de volgende engagementen opgenomen:

4.1.2.1.2.1 In de periode van 15 maart 2018 tot en met 15 juni 2018 registreren de huisartsenwachtposten hun activiteit (tijdens de weekends en tijdens de week, zowel overdag, tijdens de avond en de nacht) met de door de NCAZ vastgelegde template en delen ze de resultaten ervan mee aan de FOD Volksgezondheid en het RIZIV uiterlijk voor 30 juni 2018.

4.1.2.1.2.2. De huisartsenwachtposten stellen in de loop van 2018 geen bijkomende verbintenissen voor met betrekking tot hun uitgaven na 31 december 2018, zolang daarover door de NCAZ geen andere beslissing wordt genomen.

4.1.2.1.2.3. De wachtposten werken mee met de overheidsinitiatieven die de geïntegreerde organisatie van de niet-planbare zorg beogen, in het bijzonder: de implementatie van het 1733-instrument, het ontwikkelen van samenwerkingsinitiatieven tussen de wachtposten onderling en het bewerkstelligen en het beheren van de afsprakenplannen met de spoedgevallendiensten.

4.1.2.1.2.4. De huisartsenwachtposten starten begin 2018 met de voorbereiding van de algemene overstap naar de elektronische facturering van de wachthonoraria, zodanig dat die in de loop van 2019 daadwerkelijk en zonder uitstel van kracht zal worden en die de registratie van de plaats en het tijdstip van de wachtprestatie mogelijk zal maken.

4.1.2.2. Financiering van de bestaande initiatieven in 2019.

De NCAZ neemt kennis van de mededeling van de Minister dat het 1733-systeem tijdens de looptijd van het akkoord volledig wordt uitgerold.

Ten laatste op 31 oktober 2018 beslist de NCAZ over de structurering van de financiering voor bestaande initiatieven in 2019, rekening houdend met:

- de stand van de uitvoering van de nieuwe regelgeving over de rol, de werking en de financiering van de wachtposten in het kader van de niet-planbare zorg;
- de functionele en beheersmatige operationaliteit van de samenwerkingsinitiatieven bedoeld in punt 4.1.2.1.2.3.

4.1.2.3. Financiering van nieuwe initiatieven

4.1.2.3.1. Binnen de beschikbare budgettaire middelen kunnen nieuwe initiatieven in aanmerking genomen worden op voorwaarde dat ze er zich toe verbinden deel uit te maken van een samenwerkingsinitiatief zoals bedoeld in punt 4.1.2.1.2.3. en een werkingsgebied hebben met minstens 100.000 inwoners.

4.1.2.3.2. Nieuwe initiatieven kantelen van in het begin in het 1733-systeem en hebben een geografische en operationele koppeling met een spoedgevallendienst. Indien een spoeddienst geografisch te ver verwijderd is voor de huisartszone die moet bediend worden of indien uitdrukkelijk vastgesteld is dat niet kan worden aangesloten bij een naburige wachtpost, kan een nieuwe wachtpost gefinancierd worden op voorwaarde dat hij operationeel gekoppeld is aan een wachtpost in de nabijheid van een spoedgevallendienst.

4.1.2.3.3. Door de overheid zal, onder coördinatie van het RIZIV, worden voorzien in de noodzakelijke professionele ondersteuning van de samenwerkingsinitiatieven op basis van een eenvormige aanpak.

4.1.2.4. Integratie van het beleid over de beschikbaarheidshonoraria in het globale beleid rond de niet-planbare zorg.

De NCAZ zal gedurende het tweede en derde trimester van 2018 wijzigingen voorstellen in het systeem van de beschikbaarheidshonoraria voor huisartsen, rekening houdend met de informatie bedoeld in punt 4.1.2.1.2.1., in eerste instantie met betrekking tot het holst van de nacht (van 23 tot 8 uur).

4.1.3. Specifieke aandachtspunten.

4.1.3.1. Lage rugpijn.

Een vijfde van de Belgen kampt met lage rugpijn. Door de combinatie van het vaak voorkomen van diffuse klachten, het hoge gebruik van de gezondheidszorg en de maatschappelijke kost vormt lage rugpijn een belangrijk probleem van volksgezondheid.

De NCAZ wenst volop mee te werken aan volgende initiatieven:

4.1.3.1.1. Toepassing van de klinische richtlijn rond lage rugpijn en radiculare pijn

Het KCE ontwikkelde recent een richtlijn over de aanpak van lage rugpijn en radiculaire pijn, van de eerste evaluatie tot de eventuele hervatting van de beroepsactiviteiten, met inbegrip van alle invasieve en niet-invasieve behandelingen. Aansluitend hierbij werd een klinisch zorgpad ontwikkeld voor de optimale aanpak van lage rugpijn. De NCAZ zal in overleg met de EBP-stuurgroep een concrete communicatie- en implementatiestrategie uitwerken tegen 30 juni 2018.

4.1.3.1.2. Aanpassing van de nomenclatuur inzake wervelkolompathologie

Het aantal chirurgische ingrepen op de wervelkolom is de afgelopen 15 jaar met 40 % toegenomen. Hierbij wordt ook een sterke praktijkvariabiliteit vastgesteld als ook een stijgend aantal gevallen van “failed back management syndrome”.

Om deze ontwikkelingen beter te beheersen zal in de loop van 2018 de nomenclatuur worden herzien en een verbeterplan worden geconcretiseerd gebaseerd op volgende principes:

- invoering van een uniforme diagnostische triage met gestandaardiseerde indicatiestelling voor therapeutische behandeling;
- tot stand brengen van een multidisciplinair organisatie-model, de “spine unit”, waar neurochirurgen, orthopedisch chirurgen, specialisten in de fysische geneeskunde, anesthesisten - algologen en andere artsen gespecialiseerd in de problematiek van het locomotorisch stelsel samenwerken en waarbij beslissingen voor (her)ingrepen en complexe behandelingen (neuromodulatie) enkel kunnen worden genomen na een multidisciplinair consult waarbij ook de GMD houder en desgevallend kinesitherapeuten worden betrokken;
- herziening van de nomenclatuur voor verstrekkingen inzake wervelkolomchirurgie, aangepast aan de nieuwe praktijkomstandigheden;

- registratie van de diagnostische en therapeutische gegevens van de betrokken patiënten die conservatief, chirurgisch of met neuromodulatie worden behandeld, met inbegrip van een patiënt reported outcome measurement (PROM) en/of patient reported experience measurement (PREM).

4.1.3.1.3. Terugdringen van niet noodzakelijke verstrekkingen

Ondanks het protocolakkoord dat in 2014 op het vlak van de medische beeldvorming werd afgesloten en waarin een daling van het aantal CT onderzoeken lumbale wervelzuil werd in het vooruitzicht gesteld, blijkt uit de cijfers een ander beeld.

Om die reden, en in afwachting van een update van het protocolakkoord inzake medische beeldvorming, worden de toegelaten uitgaven voor de betrokken verstrekkingen gehandhaafd op het volumepoel van 2015. In dit kader worden ook grote geografische verschillen vastgesteld. De betrokken voorschrijvers en radiologen zullen hierop door de equipes doelmatige zorg van het RIZIV worden aangesproken op basis van vastgelegde kwantificeerbare doelstellingen.

Een sensibilisatieactie zal worden uitgevoerd met betrekking tot het voorschrijven van medische hulpmiddelen (onder meer korsetten,...) bij specifieke lage rugpijn.

4.1.3.1.4. Initiatieven inzake arbeidsongeschiktheid

In de sector arbeidsongeschiktheid werden een aantal pilootprojecten opgestart betreffende chronische pijn en terugkeer naar het werk. Tevens werd binnen de Hoge Commissie van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit een leidraad ontwikkeld voor de verzekeringskundige aanpak bij specifieke lage rugpijn. Hierbij zal ook teruggekoppeld worden naar de voorschrijvende en behandelende artsen teneinde de frequentie van de arbeidsongeschiktheidsaanvragen op dat vlak terug te dringen.

4.1.3.2. Complexe kankerzorg

Vóór 30 juni 2018 zullen, na overleg in de NCAZ, aan het verzekeringscomité voorstellen van overeenkomsten met individuele ziekenhuizen worden voorgelegd om de aanpak van complexe chirurgische ingrepen voor slokdarm- en pancreastumoren te verbeteren. Bij hoog-technische en complexe ingrepen moet de patiënt kunnen rekenen op kwalitatieve zorgen die verleend worden in een aangepaste omgeving waar de nodige expertise aanwezig is die continu wordt toegepast en verbeterd.

Het betreft een supraregionale zorgopdracht die enkel kan uitgevoerd worden in specifieke expertisecentra.

Deze overeenkomsten zullen voorzien in een specifieke MOC voor de patiënten met een vermoeden van diagnose van pancreas- of slokdarmcarcinoom alsook bepalen dat deze ingrepen enkel door referentiecentra kunnen worden uitgevoerd die over een voldoende ervaring beschikken. De samenwerking met de equipes van de verwijzende ziekenhuizen en de huisartsen zal worden verzekerd.

Verder zullen vertegenwoordigers van de NCAZ, van het College van artsen-directeurs en van de betrokken centra de overeenkomst inzake borstreconstructie bij kanker evalueren. Hierbij zal nagegaan worden of dit mechanisme in vergelijkbare situaties kan worden toegepast.

4.1.3.3. Geestelijke gezondheidszorg

In het kader van de hervorming van de psychiatrische zorg voor volwassenen (projecten art. 107) zullen afspraken worden gemaakt onder welke voorwaarden en in welke situaties de mobiele equipes beroep kunnen doen op een ziekenhuispsychiater voor de behandeling en opvolging van patiënten in een thuiscontext.

Structurele afspraken zullen worden geconcretiseerd in een overeenkomst met de ziekenhuizen. De vrijgekomen toezichtshonoraria zullen volledig en stapsgewijs via de nomenclatuur worden geherinvesteerd in de honorering van de psychiaters werkzaam in de mobiele teams.

4.2. e-Gezondheid.

De NCAZ heeft een ganse analyse gewijd aan de problemen bij de uitrol van de roadmap eGezondheid. Hierbij werd het e-Health platform en de cel Healthdata nauw betrokken. Op basis van deze analyse, die gebaseerd is op concrete terreinervaringen, formuleert de NCAZ volgende actiepunten:

4.2.1. Het creëren van een permanent overlegplatform tussen zorgverleners, ziekenfondsen, vertegenwoordigers van de leveranciers van softwarepakketten en de betrokken overheidsdiensten.

Dit platform heeft tot doel om duidelijke afsprakenkaders en standaardcontracten met de gebruikers tot stand te brengen en een correct servicemanagement te organiseren met inbegrip van de noodzakelijke helpdeskfuncties.

Het RIZIV zal initiatieven nemen om een dergelijk platform voor het einde van het eerste trimester 2018 op te starten.

4.2.2. De invoering van het verplicht elektronisch voorschrijven van geneesmiddelen.

Overeenkomstig de beslissing van het Verzekeringscomité van 4 december 2017 wordt met ingang van 1 juni 2018 het elektronisch voorschrijven van geneesmiddelen door artsen, tandartsen en vroedvrouwen verplicht voor de voorschriften afgeleverd naar aanleiding van een raadpleging. Deze verplichting geldt niet voor voorschrijvers die op die datum de leeftijd van 62 jaar hebben bereikt. Voor occasionele voorschrijvers wordt op die datum een nieuwe versie van de internetapplicatie Paris ter beschikking gesteld. Deze nieuwe versie zal gebruik maken van zeer recent ter beschikking gekomen IT-technologie welke toelaat op een beveiligde manier voor te schrijven zonder de verplichting om daartoe een e-Health certificaat te installeren op het device toebehorend aan de voorschrijver.

Vanaf medio 2019 zal het mogelijk zijn om in alle publieke officina's geneesmiddelen af te halen zonder dat een papieren bewijs van elektronisch voorschrijven vereist is. Ook zal het mobiel voorschrijven van geneesmiddelen worden verzekerd. De concrete modaliteiten worden vastgesteld in overleg met alle betrokkenen.

De NCAZ engageert zich om ten laatste vanaf 1 januari 2021 het elektronisch voorschrijven veralgemeend toe te passen.

4.2.3. Ondersteuning en support

Ondanks de inspanningen die inzake opleiding en vorming worden geleverd blijft de vraag naar ondersteuning prominent aanwezig.

Een belangrijk element hiervan vormt de alignering en structurering van de helpdeskfuncties. In het kader van het overleg bedoeld in punt 4.2.1. zullen hierover door e-Health duidelijke richtlijnen worden vastgesteld met aanduiding van de respectievelijke verantwoordelijkheden.

4.2.4. Performantie, continuïteit en veiligheid.

Het is duidelijk dat nog meer moet geïnvesteerd worden in het bewaken en de monitoring van de performantie en de continuïteit van het e-gezondheidssysteem, dat samengesteld is uit verschillende interagerende toepassingen.

Aan e-Health wordt gevraagd terzake de nodige initiatieven te nemen en naast een monitoringssysteem ook een efficiënt interventieplan bij incidenten te ontwikkelen in de loop van 2018.

4.2.5. Klantvriendelijkheid

De communicatie tussen eerste lijn en tweede lijn via de Hubs moet worden vereenvoudigd. Momenteel vraagt het samenstellen van allerlei dossierelementen een te aanzienlijke tijdsinvestering. Hierbij moet onderzocht worden of van een pull benadering niet naar een push aanpak kan worden geëvolueerd.

Aan e-Health wordt gevraagd terzake in de loop van 2018 de nodige initiatieven te nemen in samenspraak met de betrokken zorgverleners. Hierbij moet ervoor gezorgd worden dat gecodeerde informatie rechtstreeks in het elektronisch dossier kan worden geïntegreerd.

Ook wordt aangedrongen om vanuit de Healthdataregisters de nodige feedback te verlenen aan de betrokken beroepsgroepen.

Aan de softwareleveranciers zal gevraagd worden om dashboarding te ontwikkelen, bijvoorbeeld met het oog op de opvolging van de te realiseren criteria voor de geïntegreerde praktijkpremie;

4.2.6. Administratieve vereenvoudiging

e-Gezondheid biedt de mogelijkheid om administratieve vereenvoudigingen te faciliteren.

Hierbij moet, naast de mogelijkheden inzake elektronisch voorschrijven, bij de uitvoering van het e-Gezondheidsplan ook de ontwikkeling en vervolgens het gebruik van e-Forms prioritair worden tot stand gebracht bij voorkeur op basis van open standaarden.

4.2.7. Artsen-specialisten

De NCAZ dringt erop aan om ook te investeren in de ontwikkeling van softwaretoepassingen voor de patiëntendossiers van artsen-specialisten, voor zover deze niet kunnen geïntegreerd worden in het EPD van het ziekenhuis.

Een eerste voorwaarde hiertoe is een duidelijk inzicht te krijgen in de toepassingen die thans worden gebruikt en de verwachtingen van de betrokkenen terzake. Hiertoe zal bij de artsen-specialisten door het RIZIV, in samenwerking met de FOD Volksgezondheid en e-Health, een bevraging worden georganiseerd in de loop van 2018.

Op basis hiervan zal in overleg met de FOD Volksgezondheid en e-Health een plan van aanpak worden op punt gesteld in de loop van 2019. Dit moet toelaten om op het ogenblik van de verplichting tot gebruik van een e-GMD vlotte communicatie tussen de huisarts en de specialist tot stand te brengen.

4.2.8. My Carenet

De NCAZ heeft vastgesteld dat grote vooruitgang werd geboekt in de kwaliteit van de MyCarenettoepassingen.

Niettemin dringt de NCAZ erop aan om de betalingen die aan de artsen worden verricht op een overzichtelijke en vlot consulteerbare wijze te documenteren tegen 30 september 2018. Hiertoe zal een gestandaardiseerde procedure worden ontwikkeld.

Een absolute prioriteit is de uitrol van e-Attest (elektronische facturatie buiten de derdebetalersregeling). Deze mogelijkheid wordt aan de huisartsen geboden vanaf 2018.

4.2.9. Quick wins

De NCAZ dringt erop aan dat de standaarden met betrekking tot de mededeling van de resultaten op het vlak van klinische biologie (LOINC) door de medische laboratoria worden toegepast in de loop van het akkoord en rekening houdend met de evaluatie van de lopende pilootprojecten.

Tevens moet Sumehr 2 voor eind 2018 geïmplementeerd worden in de EMD's.

Ten slotte moet ook werk gemaakt worden van elektronische aanvraagformulieren en voorschriften (beeldvorming, kiné, verpleegkunde)

4.2.10. Veiligheid

Ook het verzekeren van de noodzakelijke veiligheidsvoorwaarden op technisch vlak en op privacy vlak blijft een absolute prioriteit. Ook hier is een efficiënte monitoring en rapportering noodzakelijk.

Ondersteuning van de zorgverleners bij de invoering van GDPR zal worden voorzien.

4.2.11. E-Gezondheid en geïntegreerde praktijkpremie

Eerder (zie punt 4.1.1.) werd aangegeven dat de geïntegreerde praktijkpremie ook een luik e-Gezondheid omvat ten belope van 2500 euro voor zover de vastgestelde criteria worden behaald.

Deze criteria zullen ondermeer betrekking hebben op:

- het gebruik van e-Fac en e-Attest;
- het elektronisch voorschrijven van geneesmiddelen;
- het elektronisch aanvragen van hoofdstuk 4 geneesmiddelen;
- het gebruik van Mediprima;
- het openen van een GMD via MyCaret.

De concrete parameters zullen voor 2018 worden vastgesteld vóór 1 april 2018. Voor 2019 zullen de concrete parameters worden vastgesteld vóór 31 december 2018. De evaluatieperiode voor het jaar 2018 zal betrekking hebben op de periode 1 juli tot 31 december 2018.

4.3. Ereloonsupplementen

Conform het vorige akkoord artsen-ziekenfondsen werd door het IMA een analyse gemaakt van de ereloonsupplementen bij ziekenhuisverblijf. Deze studie die op de website van het RIZIV wordt gepubliceerd, identificeert een aantal knelpunten en formuleert verschillende aanbevelingen.

Op basis hiervan formuleert de NCAZ volgende voorstellen op volgende domeinen:

- het tot stand brengen van meer transparantie ten aanzien van de patiënten;
- het corrigeren van ereloonsupplementen in bijzondere situaties;
- het afremmen van het groeiritme van de ereloonsupplementen.

4.3.1. Meer transparantie.

4.3.1.1. De NCAZ is het erover eens dat alle ziekenhuizen tegen 1 januari 2019 moeten voorzien in een voorafgaandelijk meegedeelde kostenraming voor een lijst van courante behandelingen ten behoeve van de patiënten die worden opgenomen.

De NCAZ wenst in nauw overleg met de ziekenhuisvertegenwoordigers een standaardmodel uit te werken.

In de kostenramingen worden ook de ereloonsupplementen opgenomen en het maximumbedrag ervan vastgesteld. Voor andere elementen wordt de kostprijs ten laste van de patiënt weergegeven met nominale minimum- en maximumbedragen op basis van reële facturatiegegevens. De kostenramingen gelden bij ondertekening als wederzijdse verbintenis.

Het IMA zal de opvolging van deze maatregel monitoren en die voor het einde van de looptijd van dit akkoord evalueren.

4.3.1.2. De NCAZ wenst samen met de overeenkomstencommissie ziekenhuizen een voorstel uit te werken waarbij, wat de ereloonsupplementen betreft, op de patiëntenfactuur per arts zal worden gepreciseerd welk aandeel bestemd is voor de arts en welk aandeel bestemd is voor het ziekenhuis.

4.3.1.3. Wat de ambulante sector betreft zal de NCAZ voor 30 juni 2018 de bijkomende gegevens vaststellen die door de zorgverleners aan de verzekeringsinstellingen worden overgemaakt in het kader van een elektronische gegevensoverdracht (e-Attest).

4.3.2. Het corrigeren van ereloonsupplementen in bijzondere situaties.

Uit hogervermelde analyse van het IMA blijkt dat in 2015 23 % van de ziekenhuisverblijven aanleiding gaven tot ereloonsupplementen.

De NCAZ zal op basis van een verdere analyse van de IMA-studie voorstellen formuleren tegen 30 juni 2018 om de hoogte van de ereloonsupplementen in bijzondere situaties te corrigeren. , ,Hierbij wordt onder meer gedacht aan transplantaties, kankerbehandelingen bij kinderen, zeldzame aandoeningen (opgenomen op de lijst van Orphanet), polytraumata,.... De ereloonsupplementen per verblijf zouden in deze omstandigheden in beginsel niet meer dan 5000 euro mogen bedragen.

4.3.3. Afremming van het groeiritme van de ereloonsupplementen

Uit de ziekenhuisbarometers van de ziekenfondsen blijkt een gestage groei van de ereloonsupplementen. Oorzaken hiervan zijn o.m. de verhoging van de ereloonsupplementen op éénpersoonkamers als gevolg van het verbod op tweepersoonkamers; toename van sommige kosten (informatica; kosten voor accreditering van het ziekenhuis; sociale akkoorden uit het verleden; schrapping van de tussenkomst aansprakelijkheidsverzekering; toename van het aantal éénpersoonkamers; aanpassing van de algemene regeling in de ziekenhuizen ingevolge de onderfinanciering van sommige onderdelen van het BFM).

De NCAZ dringt erop aan dat op een aantal factoren die bijdragen tot een stijging van de ereloonsupplementen beter moeten worden beheerst. In dat kader is het logisch dat een eventuele herfinanciering van de ziekenhuizen leidt tot een aanpassing van de afdrachten die op zijn beurt een impact genereert op het niveau van de ereloonsupplementen.

De NACZ stelt aan de Minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken voor om de FOD Volksgezondheid en het RIZIV te mandateren om een overleg op te starten waarbij alle betrokken stakeholders (ziekenhuizen, artsen, ziekenfondsen, verzekeraars en overheid) op evenwaardige wijze worden betrokken en dat tot

doel heeft de voorwaarden te bepalen waaronder een overeenkomst over een zogenaamde standstill kan worden tot stand gebracht tot eind 2019 waardoor verhogingen van de ereloonsupplementen met inbegrip van de verstrekkingen in de laagvariabele zorg, van de afdrachten van artsen aan de ziekenhuizen en van besparingen in het budget voor financiële middelen van de ziekenhuizen en in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen tot die datum worden bevroren. Het betrokken overlegplatform zal een voorstel formuleren tegen 30 juni 2018. De NCAZ roept de artsen en de ziekenhuizen op om ondertussen geen acties te ondernemen die de totstandkoming van een dergelijke overeenkomst zouden bemoeilijken.

4.4. Doelmatige zorg

De afgelopen jaren werd door het RIZIV ingezet op het bevorderen van doelmatige zorg en het terugdringen van onnodig zorggebruik. Dit mondde uit in het actieplan handhaving en doelmatige zorg dat in juli 2016 door de Algemene Raad werd goedgekeurd en aan de NCAZ werd voorgesteld. Begin 2018 zal een nieuw en volgend actieplan worden voorgelegd.

Alle partijen zullen actief meewerken om onderstaande randvoorwaarden te realiseren om de doelstellingen opgenomen in het plan doelmatige zorg te bereiken:

- beschikbaarheid van aanbevelingen van goede praktijk, gebaseerd op verifieerbare indicatoren, relevante benchmarks en prioriteiten, vastgesteld in een periodiek EBP plan;
- toegang tot de relevante gegevens die zorgverleners en patiënten betreffen;
- performante tools om de implementatie van de aanbevelingen te verzekeren en een goede communicatie tot stand te brengen;
- medewerking van alle betrokkenen.

Het spreekt voor zich dat ook duidelijke verbindingen moeten worden gelegd naar het accrediteringssysteem van de zorgverleners.

4.4.1. De NCAZ wenst in de eerste plaats acties te ondernemen op het vlak van de medische beeldvorming.

4.4.1.1. Hierbij wordt in de enveloppe medische beeldvorming een begrenzing ingevoerd op het vlak van CT lumbale wervelzuil.

4.4.1.2. Onverminderd de wenselijkheid en noodzaak om het protocolakkoord medische beeldvorming te actualiseren, wenst de NCAZ dat voorschrijvers en radiologen over een decision support tool kunnen beschikken die methodologisch transparant en evidence based is, richtinggevend is en zo user-friendly mogelijk is. Deze tool moet toelaten om onnodig of overbodig voorschrijven en uitvoeren van medische beeldvorming terug te dringen.

In dit verband kan worden gewezen op ESR iGuide die door de European Society of Radiology werd ontwikkeld en continu up to date wordt gehouden.

De NCAZ zal volop meewerken om vóór 30 juni 2018 een concreet implementatieplan op te stellen samen met alle betrokkenen, zodat er dan een aantal pilootprojecten worden opgestart. Het is de ambitie om in de loop van 2020 een dergelijk systeem breed in de praktijkvoering te integreren en de terugbetaling te koppelen aan het effectief gebruik van decision support.

4.4.2. Ook in de klinische biologie zijn verdere acties vereist.

In de loop van 2018 zal een herziening van de terugbetalingsvoorwaarden voor het bepalen van het gehalte 25-hydroxy vitamine D worden doorgevoerd. Deze herziening zal een herallocatie mogelijk maken om innovatieve performante biomarkers in te zetten in de oncologie.

Een correctie zal worden doorgevoerd met betrekking tot de terugbetalingsvoorwaarden van doseringen van vitamine B12 en foliumzuur.

De NCAZ neemt kennis van het lopende KCE project evidence based beslissingsondersteuning voor het voorschrijven van laboratoriumtesten in de huisartspraktijk. Hierbij wordt een trial uitgevoerd bij 300 huisartsen en worden 12.000 patiënten geïnccludeerd waarbij wordt nagegaan welk effect deze tool heeft op het voorschrijfgedrag. Het rapport wordt verwacht tegen 31 oktober 2019. Op basis van de bevindingen zal alsdan een beslissing worden genomen tot een meer veralgemeende toepassing. De NCAZ drukt de wens uit dat in samenwerking met de onderzoeksequipe zo snel mogelijk concrete pilootprojecten worden opgestart.

Anderzijds zullen tegen eind 2019 de laboratoriumresultaten door de laboratoria aan de voorschrijvers worden meegedeeld op basis van de Logical Observation Identifiers Names and Codes standaard (LOINC) en rekening houdend met de evaluatie van de lopende pilootprojecten..

4.4.3. Responsabilisering

Een mechanisme van financiële responsabilisering van de voorschrijvers wordt ingevoerd in de klinische biologie en de medische beeldvorming. Hiertoe zal in de enveloppe klinische biologie en medische beeldvorming voor ambulante verstrekkingen voortaan een onderscheid worden gemaakt tussen de oorsprong van de voorschrijvers (huisarts of specialist).

Ingeval van overschrijding van de enveloppe zullen de voorschrijvers die een te hoge frequentie of een te hoog volume van voorschriften verrichten onder monitoring worden geplaatst. De ziekenfondsen en de LOK's worden hiervan op de hoogte gebracht. Voor zover geen wijziging in het voorschrijfgedrag plaatsvindt, zullen financiële maatregelen worden genomen. De NCAZ zal uiterlijk per 30 juni 2018 deze principes concretiseren waarbij zowel de rol van de voorschrijver als de rol van de verstrekker in aanmerking zal worden genomen.

4.4.4. Voorschrijven geneesmiddelen

4.4.4.1. Biosimilars

Biosimilaire geneesmiddelen nemen meer en meer een belangrijke plaats in in het therapeutisch aanbod. Niettemin moet worden vastgesteld dat de uptake van

deze geneesmiddelen in ons land in vergelijking met andere landen beperkt blijft hoewel op basis van de analyses van het Europees Geneesmiddelen Agentschap (EMA) ondubbelzinnig de gelijkwaardigheid wordt aangetoond met de originele biologische geneesmiddelen. Deze geneesmiddelen worden ook meer en meer in de publieke officina afgeleverd.

De Minister van sociale zaken en volksgezondheid heeft de wens uitgedrukt dat de NCAZ meewerkt aan het concretiseren van maatregelen die leiden tot een minimaal quotum biosimilaire specialiteiten in de totaliteit van de voorgeschreven en afgeleverde biologische geneesmiddelen in de publieke officina's. Hierbij zal een tijdelijke toeslag bij het accrediteringsforfait worden toegekend als incentive om deze doelstelling te helpen realiseren. Het voorschrijven van anti TNF geneesmiddelen zal als pilootproject worden gelanceerd.

4.4.4.2. Voorschrijven van goedkope geneesmiddelen

In uitvoering van de regeringsbeslissingen met betrekking tot de begroting 2018 zullen de nodige initiatieven op het vlak van ondersteuning en communicatie worden genomen om de reglementaire voorziene quota te realiseren.

4.4.5. Feedbacks

In het kader van het plan doelmatige zorg zal in de loop van het eerste trimester 2018 een individuele feedback worden toegestuurd aan de huisartsen en de medische huizen met betrekking tot medische beeldvorming, antibiotica, polymedicatie, klinische biologie en psychotrope medicatie. In 2019 wordt een individuele feedback naar de specialisten gestuurd gericht op het voorschrijven van geneesmiddelen.

4.5. Accreditering

De NCAZ is er het over eens om het huidige systeem van accreditering grondig te hervormen tot een systeem van permanente professionele ontwikkeling en van meetbare kwaliteitsbevordering waarbij ook de nodige aandacht wordt besteed aan doelstellingen inzake doelmatige zorg. Met dat doel zal de NCAZ in samenwerking met de NRKP en in afspraak met de FOD Volksgezondheid tegen 30

september 2018 een concreet voorstel uitwerken op basis van onderstaande principes.

Hierbij zal afgestapt worden van het alles-of-niets karakter van het huidige systeem.

De NCAZ wenst dat in 2019 een vernieuwd systeem kan van start gaan, opgevat als een drietrapsstelsel met volgende elementen:

- het volgen van permanente professionele navorming, ter ondersteuning van de PDCA cyclus van de arts of artsenpraktijk via erkende programma's, opleidingen en e-learning trajecten m. b.t. relevante wetenschappelijke ontwikkelingen alsook met de prioriteiten vastgesteld in het kader van het EBP-plan en met persoonlijke leerdoelen. Informatie met betrekking tot de gevolgde opleidingen zal worden bewaard in het professioneel dossier van de arts;
- de deelname aan peer review in lokale kwaliteitsgroepen (LOK's) gericht op het ontwikkelen van nuttige professionele samenwerking en op het formuleren van kwalitatieve verbeterprogramma's op groepsniveau;
- het realiseren van algemene of individuele kwaliteitsdoelstellingen gebaseerd op een set indicatoren inzake voorschrijven en behandeling die wordt ontwikkeld samen met experts van de betrokken wetenschappelijke verenigingen.

Aan elk onderdeel worden een aantal creditpoints toegewezen. Bovendien kan een tijdelijke toeslag worden toegekend als incentive voor het bereiken van specifieke objectieven of inspanningen. (Zie punt 4.4.4.1.)

Bij de uitwerking van deze hervorming zal erop worden toegezien dat geen bijkomende administratieve lasten worden ingevoerd.

Ten slotte zal de financiering van de accreditering stapsgewijs worden herzien waarbij een groter gewicht zal worden toegekend aan het accrediteringsforfait. Hierdoor zal op termijn een gelijkwaardige vergoeding voor gelijkwaardige

inspanningen worden tot stand gebracht. Een eerste stap hiertoe zal in 2019 worden gezet.

4.6. Aanpassing van de nomenclatuur

De nomenclatuur is een instrument voor de vaststelling van de honoraria van de verstrekkingen die door de verzekering geneeskundige verzorging worden vergoed.

Het is ook de basis voor de tariefzekerheid van de patiënten en een belangrijke hefboom voor de sturing en de beheersing van de uitgaven.

Hierbij wordt niet uit het oog verloren dat een aanzienlijk gedeelte van de honoraria in de ziekenhuizen wordt aangewend voor een bijdrage in de kosten en in financiering van de ziekenhuisactiviteit. Het gaat hier om een bedrag dat door de jongste MAHA studie wordt geraamd op minstens 2,5 mia euro.

De NCAZ heeft kennis genomen van de werkzaamheden van een aantal universitaire equipes in het kader van een mogelijke herziening van de nomenclatuur en verzoekt een onderzoeksgroep te belasten met het uitwerken van voorstellen waarbij volgende doelstellingen worden nagestreefd: het wegwerken van onredelijke inkomensverschillen tussen huisartsen en specialisten en tussen de artsen-specialisten onderling; het in aanmerking nemen van de evolutie in de medische activiteit; het verbeteren van de interne logica, de leesbaarheid en de transparantie van nomenclatuur; het invoeren van incentives die samenwerking en kwaliteit bevorderen.

In eerste instantie dient de onderzoeksgroep voorstellen op te leveren inzake:

- de standaardisering en de classificatie van de nomenclatuur van medische verstrekkingen;
- de identificatie van het onderscheid tussen de professionele honoraria en de werkingskosten bij de belangrijkste medische procedures;

Een concreet plan van aanpak zal tegen 31 maart 2018 worden uitgewerkt. Bij de uitvoering van het project zal beroep worden gedaan op een ruime terreinexpertise. Het project zal worden gecoördineerd door het RIZIV en de FOD Volksgezondheid.

Dit project heeft in de eerste plaats tot doel om een betere klaarheid te scheppen in de financiering van de medische activiteiten.

Tegen 31 maart 2019 wordt een eerste rapportering verwacht. Tegen december 2019 zal een eindrapport worden opgeleverd. Op die basis zullen vervolgens verdere stappen in dit continu hervormingsproces worden gerealiseerd.

5. ANDERE AANDACHTSPUNTEN

5.1. Zorgplanning en palliatieve zorg

De NCAZ zal inzetten op zogenaamde Advanced Care Planning (ACP). Vroegtijdige zorgplanning draagt bij tot het anticiperend kenbaar maken en verwoorden van voorkeuren en doelen voor toekomstige zorg door de patiënt aan de behandelende zorgverleners. De resultaten van deze vroegtijdige zorgplanning zullen in het GMD en in de Sumehr worden opgenomen. Bovendien zal worden nagegaan hoe de Palliative Care Indicator Tool (PICT) kan worden geïmplementeerd in de zorgpraktijk.

5.2. Artsen in opleiding

In 2018 stromen door de verkorting van de basisopleidingsduur tot 6 jaar, tegelijk twee cohortes van artsen in de professionele opleidingstrajecten. Dit betekent dat de stagecapaciteit met 15 tot 20% moet verhoogd worden; de impact van deze toename in de tijd hangt af van de voorziene opleidingsduur.

Een bijkomend aspect voor de huisartsen-in-opleiding is de verlenging van de professionele stage van twee naar drie jaar; hierbij wordt ook een professionele ziekenhuisstage voorzien met een eigen erkenningssysteem voor stagediensten en stagemeesters.

Er werd in 2016 en 2017 10 mio euro toegekend aan de stagemeesters buiten universitaire ziekenhuizen, per stagemeester.

De NCAZ stelde voor om het beschikbare bedrag van 10 mio euro voor de jaren 2016 en 2017 per stagemeester toe te kennen, ongeacht het aantal ASO's dat in de stagedienst aanwezig is. De NCAZ dringt erop aan dat deze bedragen zo snel als mogelijk aan de rechthebbende stagemeesters worden toegekend.

De NCAZ stelt vast dat dit als een overgangsfase moet worden beschouwd gezien het voornemen van de Minister om een persoonsvolgende financiering in te voeren waarbij de verschillende bestaande financieringsmechanismen, waaronder de 10 mio euro, voor ASO's zullen worden aangewend. Hierbij zullen ook garanties worden voorzien inzake de kwaliteit van het pedagogische luik van de professionele stage.

De NCAZ zal vóór 30 juni 2018 een voorstel uitwerken dat een oplossing moet bieden voor de huisartsen en de artsen-specialisten in opleiding om tijdens hun opleiding pensioenrechten op te bouwen.

5.3. Administratieve vereenvoudiging

Tijdens de duurtijd van het akkoord zullen de vertegenwoordigers in de NCAZ een aantal voorstellen uitwerken die tot doel hebben administratieve vereenvoudigingen tot stand te brengen. In eerste instantie zal worden nagegaan hoe de verplichte fysieke aanwezigheid van de huisarts bij multidisciplinaire consulten kan worden opgeheven.

5.4. Inter-administratieve samenwerking

De NCAZ dringt aan op een goede samenwerking tussen de verschillende administraties bij de uitvoering van de punten van het akkoord die een inter-administratieve inbreng vergen.

6. SOCIAAL STATUUT

Voor 2018 worden volgende bedragen voorgesteld:

- volledig geconventioneerden: 4.870,71 euro
- gedeeltelijk geconventioneerden: 2.297,63 euro

Om de sociale voordelen op een meer selectieve wijze toe te kunnen kennen, is vanaf het toepassingsjaar 2017 een activiteitsdrempel ingevoegd, uitgedrukt in een minimumbedrag van aan de ziekteverzekering aangerekende nomenclatuurprestaties. Artsen die de activiteitsdrempel niet haalden, konden in het kader van de toekenning van de sociale voordelen 2017 een aanvraag indienen om hun activiteitssituatie te assimileren met die van artsen die de drempel wel bereiken.

Aan de hand van de ingediende assimilatieaanvragen zal de NCAZ vóór 30 april 2018 een voorstel uitwerken dat een oplossing moet bieden voor bepaalde categorieën van artsen die in aanmerking kunnen komen voor de sociale voordelen, zonder dat ze de vastgelegde activiteitsdrempel bereiken.

7. CORRECTIEMAATREGELEN

7.1. De correctiemaatregelen vervat in het Nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen van 13 december 2010 blijven van toepassing.

7.2. Indien ingevolge de eventuele toepassing tot automatische verlenging van het GMD of een uitbreiding van de regeling van de verplichte derde betalende tijdens de duurtijd van het akkoord meeruitgaven worden vastgesteld, kunnen deze meeruitgaven geen aanleiding geven tot correcties zoals bedoeld in artikel 18 en 40 GVVU-wet.

8. OPVOLGING VAN HET AKKOORD

De NCAZ zal de uitvoering van het akkoord opvolgen via een boordtabel die trimestrieel wordt opgesteld. De voortgang van de uitvoering van het akkoord zal bovendien het voorwerp uitmaken van overleg met de Minister van Sociale Zaken.

9. TOEPASSINGSVOORWAARDEN VAN HET AKKOORD

9.1. In het kader van de toepassingsvoorwaarden van het akkoord onderscheidt men twee categorieën van zorgverleners, zowel voor de huisartsen als voor de artsen-specialisten:

- De volledig geconventioneerde zorgverleners.
- De gedeeltelijk geconventioneerde zorgverleners.

9.2. Huisartsen

9.2.1. De volledig geconventioneerde zorgverleners

De volledig geconventioneerde huisarts is de huisarts die zijn hele praktijk aan de voorwaarden van dit akkoord onderwerpt en voor wie, behalve wanneer de rechthebbende bijzondere eisen stelt die strikt zijn bepaald in punt 9.2.3., de honorariumbedragen en de reisvergoedingen, vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, op zijn hele praktijk worden toegepast.

9.2.2. De gedeeltelijk geconventioneerde zorgverleners

9.2.2.1. Definitie en toe te passen tarieven

De gedeeltelijk geconventioneerde huisarts is de huisarts die zijn hele praktijk aan de voorwaarden van dit akkoord onderwerpt, behalve gedurende de periodes en overeenkomstig de voorwaarden die strikt in punt 9.2.2 zijn bepaald.

Behalve tijdens de periodes en overeenkomstig de voorwaarden die strikt zijn bepaald in punt 9.2.2.2. of behalve wanneer de rechthebbende bijzondere eisen stelt die strikt zijn bepaald in punt 9.2.3, worden de honorariumbedragen en de reisvergoedingen, vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, op zijn hele praktijk toegepast.

9.2.2.2. Periodes en voorwaarden van de gedeeltelijke toetreding tot het akkoord

De gedeeltelijk geconventioneerde huisarts mag afwijken van de honorariumbedragen die zijn vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit

akkoord, uitsluitend voor de raadplegingen, afspraken en verstrekkingen die in de spreekkamer worden georganiseerd:

9.2.2.2.1. maximum driemaal per week per blok van maximum vier aaneengesloten uren;

9.2.2.2.2. en wanneer de rest van zijn praktijk minstens drie vierden van het totaal van zijn praktijk vertegenwoordigt en wordt verricht tegen de honorariumbedragen die zijn vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, behalve wanneer de rechthebbende bijzondere eisen stelt die strikt zijn bepaald in punt 9.2.3.

9.2.3. Bijzondere eisen van de rechthebbende

Voor de toepassing van dit akkoord worden voor de algemeen geneeskundigen de bijzondere eisen van de rechthebbende strikt als volgt bepaald:

9.2.3.1. de niet dringende bezoeken, afgelegd op verzoek van de zieke buiten de uren of het tijdschema van de normale ronde van de arts;

9.2.3.2. de oproepen van zieken die voor de arts een ongewoon belangrijke verplaatsing meebrengen;

9.2.3.3. de oproepen 's nachts, tijdens een weekend of op een feestdag wanneer de arts geen wachtdienst heeft en wanneer is uitgemaakt dat de ter plaatse georganiseerde wachtdienst toereikend is;

9.2.3.4. de raadplegingen die op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt worden verricht na 21 uur of op zaterdag, zondag of op feestdagen. Die raadplegingen vormen echter geen bijzondere eis indien ze kaderen binnen de georganiseerde wachtdienst en indien de huisarts om persoonlijke redenen een voor het publiek toegankelijke raadpleging houdt, ontvangt op afspraak of bezoeken aflegt op deze uren en dagen.

Afgesproken is evenwel dat de zieke in behandeling, die verzocht wordt zich opnieuw in de spreekkamer van de arts aan te melden, niet onder de toepassing van de bijzondere eis valt.

In overeenstemming met artikel 10 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt dient de arts de patiënt vooraf in te lichten over de financiële gevolgen van de bijzondere eis die door de patiënt wordt gesteld.

9.3. Artsen-specialisten

9.3.1. De volledig geconventioneerde zorgverleners

De volledig geconventioneerde arts-specialist is de arts-specialist die zijn hele praktijk aan de voorwaarden van dit akkoord onderwerpt en voor wie, behalve wanneer de rechthebbende bijzondere eisen stelt die strikt zijn bepaald in punt 9.3.3, de honorariumbedragen en de reisvergoedingen, vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, op zijn hele praktijk worden toegepast.

9.3.2. De gedeeltelijk geconventioneerde zorgverleners

9.3.2.1. Definitie en toe te passen tarieven

De gedeeltelijk geconventioneerde arts-specialist is de arts-specialist die zijn hele praktijk aan de voorwaarden van dit akkoord onderwerpt, behalve gedurende de periodes en overeenkomstig de voorwaarden die strikt in punt 9.3.2.2. zijn bepaald.

Behalve tijdens de periodes en overeenkomstig de voorwaarden die strikt zijn bepaald in punt 9.3.2.2. of behalve wanneer de rechthebbende bijzondere eisen stelt die strikt zijn bepaald in punt 9.3.3, worden de honorariumbedragen en de reisvergoedingen, vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, op zijn hele praktijk toegepast.

9.3.2.2. Periodes en voorwaarden van de gedeeltelijke toetreding tot het akkoord

De gedeeltelijk geconventioneerde arts-specialist mag afwijken van de honorariumbedragen die zijn vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, uitsluitend voor de verstrekkingen (raadplegingen, afspraken, technische verstrekkingen,...), voor de ambulante patiënten (niet-gehospitaliseerde patiënten en patiënten buiten het dagziekenhuis of forfait):

9.3.2.2.1. georganiseerd gedurende maximum viermaal per week per blok van maximum vier aaneengesloten uren;

9.3.2.2.2. en wanneer minstens de helft van al zijn verstrekkingen aan de ambulante patiënten wordt verricht tegen de honorariumbedragen die zijn vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, behalve wanneer de rechthebbende bijzondere eisen stelt die strikt zijn bepaald in punt 9.3.3, en op uren die normaal gezien schikken voor de rechthebbenden van de verzekering voor geneeskundige verzorging;

9.3.2.2.3. en wanneer de arts-specialist op elk van de mogelijke plaatsen van uitoefening van zijn praktijk, gedurende een bepaalde periode verstrekkingen verricht voor ambulante patiënten tegen de honorariumbedragen die zijn vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, behalve wanneer de rechthebbende bijzondere eisen stelt die strikt zijn bepaald in punt 9.3.3.

9.3.3. Bijzondere eisen van de rechthebbende

Voor de toepassing van dit akkoord worden voor de artsen-specialisten de bijzondere eisen van de rechthebbende strikt als volgt bepaald:

9.3.3.1. het ziekenhuisverblijf in een afzonderlijke kamer dat door of voor de rechthebbende wordt gevraagd om persoonlijke redenen;

9.3.3.2. de oproepen thuis, behalve wanneer het gaat om raadplegingen die zijn aangevraagd door de behandelend arts;

9.3.3.3. de raadplegingen voor de ambulante patiënten die op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt worden verricht na 21 uur, of op zaterdag, zondag of op feestdagen.

Die raadplegingen vormen echter geen bijzondere eis indien ze kaderen binnen de georganiseerde wachtdienst en indien de arts-specialist om persoonlijke redenen een voor het publiek toegankelijke raadpleging houdt, ontvangt op afspraak of bezoeken aflegt op deze uren en dagen.

Afgesproken is evenwel dat de zieke in behandeling, die verzocht wordt zich opnieuw in de spreekkamer van de arts aan te melden, niet onder de toepassing van de bijzondere eis valt.

In overeenstemming met artikel 10 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt dient de arts de patiënt vooraf in te lichten over de financiële gevolgen van de bijzondere eis die door de patiënt wordt gesteld.

9.4. De honorariumbedragen en reisvergoedingen waarin dit akkoord voorziet, worden toegepast op alle rechthebbenden op de verzekering voor geneeskundige verzorging, waaronder de rechthebbenden die recht hebben op de voorkeurregeling en die zijn bedoeld in de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, met uitzondering van de rechthebbenden die deel uitmaken van een gezin waarvan het belastbare jaarinkomen het bedrag overschrijdt van:

67.636,22 euro per gezin, vermeerderd met 2.253,73 euro per persoon ten laste, als er slechts één gerechtigde is;

of 45.090,32 euro per gerechtigde, vermeerderd met 2.253,73 euro per persoon ten laste, als er meerdere gerechtigden zijn.

9.5. De betwistingen met betrekking tot punt 9 zullen onder de arbitrage vallen van een paritair comité dat wordt samengesteld door de NCAZ en wordt voorgezeten door een ambtenaar van het RIZIV.

9.6. De artsen die toepassing maken van de facultatieve derdebetalersregeling zoals bedoeld in artikel 9, eerste lid van het koninklijk besluit van 18 september 2015 tot uitvoering van artikel 53, § 1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, betreffende de derdebetalersregeling, respecteren de tarieven van het

akkoord voor de verstrekkingen die gedekt zijn door de voormelde facultatieve derdebetalersregeling.

10. GESCHILLEN EN BEMIDDELING

Beide partijen die dit akkoord hebben ondertekend verbinden zich ertoe alles in het werk te stellen om de bepalingen te doen naleven en correct te doen toepassen op basis van loyaleit en wederzijds respect. De NCAZ is bevoegd voor de bemiddeling van de disputen alsook van de geschillen die zich kunnen voordoen naar aanleiding van de interpretatie of de uitvoering van de akkoorden.

Ze kan in de geschillen inzake de interpretatie van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen bemiddelen nadat ze het advies van de Technische Geneeskundige Raad heeft ingewonnen.

11. DUUR VAN HET AKKOORD

11.1. Dit akkoord wordt gesloten voor een periode van twee jaar, namelijk van 1 januari 2018 tot en met 31 december 2019.

11.2. Opzegging

11.2.1. Overeenkomstig art. 51, § 9 GVVU-Wet kan dit akkoord geheel of gedeeltelijk worden opgezegd door een partij of door een individuele zorgverlener tijdens de looptijd ervan indien door de Koning of door de Algemene Raad maatregelen worden genomen in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging die leiden tot een beperking van de honoraria vastgesteld overeenkomstig artikel 50 § 6, met uitzondering van de maatregelen genomen bij toepassing van de artikelen 18, 51 en 68 van deze wet.

11.2.2. Het akkoord kan geheel of gedeeltelijk worden opgezegd door een partij na bekendmaking in het Belgisch staatsblad van wetgevende maatregelen met betrekking tot de uitbreiding van de verplichte derdebetalersregeling of met betrekking tot de reglementering betreffende de supplementen die worden aangerekend voor eenpersoonskamers en/of voor ambulante verstrekkingen, behoudens indien deze maatregelen tot stand kwamen in uitvoering van artikel 4.3. van dit akkoord met instemming van de NCAZ.

11.2.3. Het akkoord kan geheel of gedeeltelijk worden opgezegd door een partij na de beslissing van de Regering of de Algemene Raad waarbij punt 2.2. van het akkoord niet wordt gerespecteerd.

11.2.4. Het akkoord kan worden opgezegd door een partij of door een arts, na de bekendmaking in het Belgisch Staatsblad van wetgeving of reglementering die op eenzijdige wijze en zonder overleg met de partijen het evenwicht van de rechten en plichten, voortvloeiend uit dit akkoord waartoe de arts is toegetreden, ernstig schaadt.

11.2.5. Een representatieve organisatie die de opzegging wenst in te roepen, op basis van de situaties bedoeld in 11.2.1. tot 11.2.4., deelt dit mee met een ter post aangetekende brief aan de voorzitter van de NCAZ binnen een termijn van 15 dagen nadat zij een van voornoemde situaties vaststelt. In dat geval roept de voorzitter van de NCAZ een vergadering bijeen, waarop de Minister wordt uitgenodigd. Indien tijdens deze vergadering geen overeenstemming wordt gevonden, neemt het akkoord een einde 30 dagen nadat één van deze situaties zich heeft voorgedaan.

In deze gevallen blijven de voordelen van het sociaal statuut gewaarborgd voor degenen die tot het akkoord waren toegetreden en die er zich toe verbinden de geldende tarieven toe te passen.

11.2.6. Een arts die de opzegging wenst in te roepen, op basis van de situatie bedoeld in 11.2.1. of 11.2.4., deelt dit mee met een ter post aangetekende brief

aan de voorzitter van de NCAZ, binnen een termijn van 15 dagen nadat hij of zij één van voornoemde situaties heeft vastgesteld. Deze opzegging is individueel en is van toepassing vanaf de inwerkingtreding van de in 11.2.1. of 11.2.4. bedoelde maatregelen.

11.2.7. Het akkoord kan ook worden opgezegd door een arts vóór 15 december 2018 via de beveiligde webtoepassing die het RIZIV daartoe via het MyRiziv-portaal ter beschikking stelt. Die opzegging is van toepassing vanaf 1 januari 2019.

12. FORMALITEITEN

12.1. De artsen die weigeren toe te treden tot de bedingen van dit akkoord, geven kennis van hun weigering binnen de 30 dagen na de bekendmaking van dit akkoord in het Belgisch Staatsblad via de beveiligde webtoepassing die het RIZIV daartoe via het MyRiziv-portaal ter beschikking stelt.

12.2. De andere artsen dan die welke, overeenkomstig de bepalingen die zijn vermeld onder 12.1, kennis hebben gegeven van hun weigering tot toetreding tot de bedingen van het akkoord dat op 19 september 2017 in de NCAZ is gesloten, worden ambtshalve geacht tot dit akkoord te zijn toegetreden voor hun volledige beroepsactiviteit, behalve als zij binnen de 30 dagen na de bekendmaking van dit akkoord in het Belgisch Staatsblad, de voorwaarden inzake tijd en plaats hebben meegedeeld waaronder zij, overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, de honorariumbedragen zullen toepassen enerzijds en de honorariumbedragen niet zullen toepassen, anderzijds. Deze mededeling gebeurt via de beveiligde webtoepassing die het RIZIV daartoe via het MyRiziv-portaal ter beschikking stelt.

12.3. Alle latere wijzigingen van de voorwaarden inzake tijd en plaats waaronder de onder 12.2 bedoelde artsen, overeenkomstig de bedingen van het akkoord, de daarin vastgestelde honorariumbedragen zullen toepassen, mogen worden

toegepast van zodra ze worden meegedeeld via de beveiligde webtoepassing die het RIZIV daartoe via het MyRiziv-portaal ter beschikking stelt.

12.4. De wilsuïtingen onder 12.1, 12.2 en 12.3 worden geacht te zijn uitgebracht op de datum van registratie in de webtoepassing.

.....

Opgemaakt te Brussel, 19 december 2017

De vertegenwoordigers van de artsen (BVAS-ABSyM, AADM en Kartel-Cartel).

De vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen.

Doelstelling 2018

in 000 EUR

Partiële doelstelling artsen 2018	8.440.574
Globale begrotingsdoelstelling 2018	25.449.587
	33,17%

Doelstelling 2019

in 000 EUR

Becijfering minimaal bedrag artsen:

Globale begrotingsdoelstelling 2018	25.449.587
Reële groeicnorm 1,5%	381.744
Normberekening 2019 (exclusief index 2019 en exclusief bijkomende bedragen toegekend buiten de wettelijke groeicnorm)	25.831.331

Minimaal aandeel artsen	33,17%
Bedrag artsen met aandeel 33,17% (exclusief index 2019)	8.568.252

Index <u>hypothese</u> 2019 (*)	1,09%
---------------------------------	-------

(*) Hypothese index honoraria 1 januari 2019: raming planbureau 4/09/2017

Tabel akkoord NCAZ			11-12-2017
In 000 EUR	Toepassing	2018	2019
Beschikbare middelen			
Indexmassa 2018		149.627	149.627
Besparing 2018		-35.862	-35.862
Gereserveerd bedrag 2018		6.126	
Totaal		119.891	113.765
Aanwending middelen			
a) Selectieve indexering			
Artsen honoraria: Indexmassa 1,50%	01-01-18	133.598	133.598
1,68% index (meerkost tov 1,50% index)			
KB's met indexclausule	01-01-18	989	989
Raadplegingen huisarts (exclusief bijkomende honoraria dringendheid)	01-01-18	1.567	1.567
Raadplegingen specialist	01-01-18	1.455	1.455
Geen index ipv 1,50%:			
GMD / GMD chronisch zieke (30 euro / 55 euro)	01-01-18	-3.388	-3.388
Genetische onderzoeken (artikel 33)	01-01-18	-900	-900
Dringende technische verstrekkingen (artikel 26)	01-01-18	-1.773	-1.773
Geïntegreerde premie huisartsengeneeskunde	01-01-18	-560	-560
Specifieke verstrekkingen voor niet-geaccrediteerde arts	01-01-18	-2.909	-2.909
Index 1,25% ipv 1,50%			
Klinische biologie (behalve forfaits voorschrift, niet-geaccr. verstr.)	01-01-18	-2.472	-2.472
Medische beeldvorming (behalve niet-geaccr. verstr.)	01-01-18	-3.571	-3.571
b) Maatregelen doelmatige zorg			
Vitamine B12 en foliumzuur	01-06-18	-1.469	-2.518
CT wervelzuil	01-01-18	-2.648	-2.648

c) Andere maatregelen			
Invoeren MOC voor spine wervelkolom (= 7.000 X 185 euro)	01-10-18	324	1.295
Nieuw honorarium trombectomie (= 1.300 X 1.558,46 euro)	01-10-18	557	2.026
Herwaardering raadpleging geaccrediteerde specialist inwendige geneeskunde (verstrekking 102550 => 45,00 euro)	01-04-18	1.091	1.454
OCT	01-01-19		2.000
d) Compensatie 2019			
Compensatie voorafname gereserveerde bedragen	01-01-19		-9.880
Totaal		119.891	113.765