

NATIONAAL AKKOORD GENEESHEREN – ZIEKENFONDSEN 2015

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 Geneesheren - Ziekenfondsen (hierna NCGZ) onder het voorzitterschap van de heer Johan De COCK op 22 december 2014 het navolgende akkoord gesloten voor het jaar 2015. Gelet op de moeilijke financieel-economische context en in afwachting van het tijdschema voor de onder punt 1.2. bedoelde hervormingen wordt de looptijd van het akkoord beperkt tot 1 jaar.

1. CONTEXT

1.1.De NCGZ heeft kennisgenomen van de beleidsverklaring van de minister van Sociale Zaken van 13 november 2014 waarin wordt gesteld dat 'uitdrukkelijk gerekend wordt op de zorgverstrekkers en ziekenfondsen, die in het kader van het overlegmodel van onze ziekteverzekering een grote vrijheid en dus ook een grote verantwoordelijkheid hebben om de uitgaven in de gezondheidszorg zo doelgericht mogelijk in te zetten' en waarin het engagement wordt aangegaan om hen nauw te betrekken bij de uitwerking van het beleid.

De NCGZ hecht groot belang aan het waarborgen van de principes van het overleg en inzonderheid aan de naleving van de bepalingen van het akkoord niet alleen door de ondertekenende partijen, maar ook door de regering.

1.2.Bovendien dringt de NCGZ erop aan om van meet af aan intensief betrokken te worden bij de taskforces die door de regering zullen worden opgericht met betrekking tot de hervorming van de ziekenhuisfinanciering, de nomenclatuur en het KB nr. 78. Zij wenst dat daarbij de bevoegdheden van de NCGZ worden gerespecteerd.

1.3.Met dit akkoord wordt ook voldaan aan de verwachtingen van de regering om expliciete doelstellingen te formuleren met betrekking tot de gezondheids promotie en de gezondheidszorg. Deze doelstellingen hebben betrekking op eHealth, het rationeel gebruik van geneesmiddelen en het terugdringen van polyfarmacie, het correct gebruik van wacht- en spoeddiensten, het stimuleren van *evidence based* gebruik van de voorzieningen en het bevorderen van het GMD.

2. PARTIELE BEGROTINGSDOELSTELLING 2015

De NCGZ stelt vast dat de Algemene Raad van het RIZIV in zijn vergadering van 21 oktober 2014 een beslissing heeft genomen met betrekking tot de vaststelling van de globale begrotingsdoelstelling 2015 en de uitsplitsing ervan in partiële begrotingsdoelstellingen.

De partiële begrotingsdoelstelling voor de honoraria van de geneesheren wordt voor 2015 vastgesteld op 7.770.864 duizend euro, verhoogd met een bedrag van 148.803 duizend euro voor de honoraria inzake nierdialyse.

Voorname bedragen liggen respectievelijk 1,52 % hoger en 6,76 % lager dan de jongste technische ramingen van het RIZIV voor het jaar 2014.

De enveloppes voor klinische biologie en medische beeldvorming worden respectievelijk vastgesteld op 1.279.239 duizend EUR en op 1.218.580 duizend EUR, dat is respectievelijk 1,21 % en 1,78 % hoger dan de jongste technische ramingen van het RIZIV voor het jaar 2014.

3. BESPARINGEN

De regering heeft beslist een sociaal gecorrigeerde indexsprong van de lonen door te voeren. Parallel daarmee heeft de regering beslist een gelijkwaardige inspanning aan de nomenclatuursectoren te vragen. Die inspanning stemt overeen met een eenmalige niet-toekenning van de indexmassa. Voor de honoraria van de geneesheren bedraagt die inspanning 42,4 miljoen euro.

Bovendien werd beslist om elke vastgestelde overschrijding in de sector van de reanimatieverstrekingen (art. 13, § 1 van de nomenclatuur, met uitzondering van de dialyseverstreking 211525) te corrigeren voor een extra bedrag van 19 miljoen euro bovenop de reeds besliste bijsturing.

De bestaande marge met betrekking tot het GMD+ wordt niet uitgegeven (17 miljoen euro). De door de regering voorgestelde maatregel inzake digitale mammografie wordt door een alternatieve besparing vervangen (8,5 miljoen euro). Een andere technische correctie betreft de toevoeging van een bedrag van 3 miljoen aan de partiële begrotingsinstelling, die bij de verdeling van de begrotingsdoelstelling 2015 door de Algemene Raad van de rubriek artsenhonoraria werd afgehouden in plaats van de rubriek 'diversen'.

Bovendien werd ook de niet structurele opbrengst van het uitstel tot 1 juli 2015 van de invoering van de verplichte regeling sociale derdebetaler voor rechthebbenden met een voorkeurregeling bij raadpleging van een huisarts verrekend (12,5 miljoen euro).

De NCGZ stelt vast dat er een hervorming van de remgelden bij de raadplegingen van geneesheren-specialisten zal worden doorgevoerd met ingang van 1 januari 2015. Die remgelden zullen voortaan eenvormig worden vastgesteld op 3 euro voor de rechthebbenden met een voorkeurregeling en 12 euro voor de andere rechthebbenden. Onverminderd de naleving van de vastgestelde tarieven door de tot het akkoord toegetreden artsen dringt de NCGZ aan op een matiging van de supplementen door de artsen die niet toetreden tot het akkoord.

De NCGZ neemt kennis van de maatregelen die de regering heeft beslist met betrekking tot het voorschrijven van de goedkoopste moleculen voor geneesmiddelen buiten octrooi. Samen met andere stakeholders zal een informatiecampagne worden ontwikkeld die de voorschrijvende artsen moet toelaten de beoogde doelstellingen te bereiken zonder de kwaliteit van de verzorging aan te tasten.

Begin 2015 zal een feedback aan de artsen worden gestuurd in verband met verschillende aspecten van het voorschrijven van geneesmiddelen en andere verstrekkingen.

De NCGZ verzoekt het RIZIV en het Comité voor de evaluatie van de medische praktijk inzake geneesmiddelen om in 2015 een bijzondere conferentie te organiseren rond het thema rationeel voorschrijven en goedgebruik van geneesmiddelen, toegespitst op de domeinen die bijzondere aandacht vragen (onder meer antibiotica, psychofarmaca, polyfarmacie, ...).

Daarbij moet ook worden onderzocht welke incentives vanaf 2016 kunnen worden ingezet op basis van de door de conferentie voorgestelde indicatoren.

4. MAATREGELEN

Binnen het vastgestelde financiële kader beslist de NCGZ volgende maatregelen te nemen:

4.1. Maatregelen met betrekking tot de huisartsen

4.1.1. Gelet op de algemene maatregel van indexbevriazing blijven de honoraria van de huisartsen gehandhaafd op het niveau van 31 december 2014, met uitzondering van wat volgt.

4.1.2. In afwachting van een samenvoeging van het GMD+ en het GMD, gebaseerd op *evidence based* principes, wordt het honorarium voor het openen en het beheren van een GMD vanaf 1 februari 2015 vastgesteld op 30 EUR. De regeling van het GMD+ wordt derhalve voor het jaar 2015 verlengd. De NCGZ herinnert eraan dat het GMD voortaan langs elektronische weg kan worden verlengd.

4.1.3. Een tweede maatregel betreft de verdere ontwikkeling van de zorgtrajecten. Daarbij wordt geopteerd voor een generiek zorgmodel, gecoördineerd door de huisarts, met een vereenvoudiging van de administratieve criteria, het gebruik van geïntegreerde documenten en de toepassing van de gegevensuitwisseling. Daarbij wordt de link met het GMD verzekerd.

In 2015 zal het diabeteszorgtraject concreet worden verruimd tot een zorgcontinuüm. Daarbij wordt een zogenoemd 'voortraject' ingevoerd, met als doelgroep alle diabetes type 2-patiënten vanaf de diagnosestelling tot de tenlasteneming in het kader van een diabetesovereenkomst of het sluiten van een zorgtraject.

Voor de huisartsen wordt een bijkomend honorarium ingevoerd voor het opvolgen van die groep van patiënten. Daarin wordt de toeslag voor de diabetespas geïntegreerd. Het bedrag van 20 EUR per betrokken patiënt wordt vanaf 1 februari 2015 toegekend voor zover de huisarts of de huisartspraktijk de betrokken patiënten identificeren, registreren en hun doelgerichte zorg aanbieden, gebaseerd op *evidence based* aanbevelingen voor een goede praktijkvoering. Dat houdt onder meer in dat de huisarts met de patiënt zijn individuele doelstellingen bespreekt en deze noteert in het GMD en dat hij de klinische en biologische gegevens registreert. Daartoe wordt de omschrijving van de verstrekking 102852 aangepast.

In een tweede fase – vermoedelijk vanaf 2016 - kan de huisarts of de huisartspraktijk zich verbinden tot een multidisciplinaire samenwerking met gegevensuitwisseling alsook tot het verlenen van toegang aan de patiënten tot educatie en bewegingsadvies.

In de loop van 2015 zal het Begeleidingscomité Zorgtrajecten van de NCGZ ook nagaan of het zorgmodel kan worden uitgebreid tot andere pathologieën.

4.1.4. Ten derde zal het beleid inzake de huisartsenwachtposten verder worden versterkt.

Daartoe:

- zullen 15 nieuwe huisartsenwachtposten of gelijkwaardige alternatieven kunnen worden gecreëerd in zones waar deze onvoldoende beschikbaar zijn en rekening houdende met een evenwichtige regionale spreiding;
- zal het beleid inzake het efficiënt beheer van de toegewezen middelen worden voortgezet en zal een grotere uniformiteit in de beschikbaarheid van de huisartsenwachtposten worden tot stand gebracht;
- zullen de huisartsenwachtposten voor eind 2015 een afsprakenplan met de spoeddiensten uit de regio opstellen zodat een betere stroomlijning van het gebruik van wachtdiensten, wachtposten en spoeddiensten wordt tot stand gebracht. Tegen 31 maart 2015 zal de NCGZ een model van een integrerend afsprakenplan opstellen, waarin oriëntaties inzake verwijzingsbeleid worden vervat. Een dergelijk afsprakenplan zal vanaf 2016 als een expliciete financieringsvoorwaarde gelden voor alle betrokken partners uit de eerste, tweede lijn en derde lijn. Daartoe zullen samen met die partners de nodige reglementaire aanpassingen worden voorbereid.
- zal, in het kader van een analyse van de financiering van de continuïteit van de eerstelijnszorg 's avonds en 's nachts zowel tijdens de week als in het weekend, de regeling betreffende de beschikbaarheidshonoraria worden herbekeken. Een gedeelte van de betrokken middelen - circa 5 miljoen EUR – zal worden aangewend voor de verdere uitbouw van de betrokken activiteiten.

4.1.5. De aanpassing van de praktijktoelage zal worden uitgevoerd in het kader van de ontwikkeling van eHealth (zie 4.3)

4.1.6. Ten slotte zal worden getracht een oplossing te vinden voor de problematiek van bijzonder complexe of langdurige raadplegingen. In dat verband zal de TGR worden gevraagd om tegen 30 juni 2015 een voorstel te formuleren naar het voorbeeld van de verstrekking 350232 naar andere situaties.

4.1.7. In afwachting van de formele integratie van de permanentietoelage en de wachttoelage in de nomenclatuur worden de betrokken bijkomende honoraria gehandhaafd.

4.1.8. De remgeldvermindering toegepast bij de raadplegingen van specialisten op verwijzing van de huisarts in het kader van de zog. regeling soft-echelonering blijft van kracht.

4.2. Maatregelen met betrekking tot de geneesheren-specialisten

4.2.1. Gelet op de algemene maatregel van de indexbevriesting blijven de honoraria voor geneesheren-specialisten gehandhaafd op het niveau van 31 december 2014.

4.2.2. Evenwel worden:

- a) Vanaf 1 februari 2015 worden de honoraria voor reanimatie (artikel 13 §1, verstrekking 211525 uitgezonderd) verminderd met 18,55% ingevolge de beslissing van de regering en dit in afwachting van het in voege treden van alternatieve structurele aanpassingen voorgesteld door de Technische Geneeskundige Raad en goedgekeurd door de NCGZ;
- b) Vanaf dezelfde datum worden de honoraria voor dialyse verminderd met 8,5% ingevolge de beslissing van de regering en dit in afwachting van het in voege treden van alternatieve structurele aanpassingen voorgesteld door de NCGZ en de ziekenhuissector;
- c) De bepalingen van de nomenclatuur inzake diagnostische mammografiën op basis van voorstellen van de Technische Geneeskundige Raad aangepast en worden de uitgaven verminderd met 8,5 mio euro. Parallel hiermee wordt een vergoeding van 8,5 mio euro ingevoerd voor de financiering van de digitalisering van de betrokken beeldvorming (zie 4.2.8). Deze hervorming zal gepaard gaan met een overleg met de gemeenschappen en zal tevens het voorwerp uitmaken van een informatiecampagne.

4.2.3. Verder zal een bijzondere werkgroep voor de medische beeldvorming worden opgericht om in samenwerking met BELMIP een monitoring van de uitgaven voor medische beeldvorming uit te voeren alsmede van de gevolgen van het protocolakkoord van 24 februari 2014 inzake medische beeldvorming voor de uitgaven inzake geneeskundige verzorging. Op basis van de resultaten zullen een aantal concrete maatregelen worden ontwikkeld. Een eerste rapport zal tegen eind juni 2015 worden opgesteld.

4.2.4. De honoraria voor de verstrekkingen van niet-geaccrediteerde artsen met uitzondering van de raadplegingen en toezichtshonoraria worden vanaf 1 februari 2015 met 1 % verminderd.

4.2.5. Vastgesteld wordt dat de vooropgestelde besparingen inzake chronische pijnbehandeling niet de vooropgestelde effecten hebben bereikt. Daarom zal een bijkomende inspanning worden doorgevoerd ten belope van 2 mio euro op jaarbasis. Ook de praktijkverschillen tussen de ziekenhuizen zullen door de DGEC worden geanalyseerd.

4.2.6. Als de huidige trend zich zou voortzetten zullen tegen 30 juni 2015 maatregelen worden voorbereid om eventuele overschrijding van het geraamde impact van de herziening van de nomenclatuur orthopedie bij te sturen.

4.2.7. De forfaitaire honoraria voor opname medische beeldvorming en klinische biologie worden verminderd tot 67% in geval van heropname binnen de 10 dagen van een patiënt in hetzelfde ziekenhuis.

4.2.8. Volgende positieve maatregelen, die reeds in de TGR werden besproken, zullen zo snel mogelijk worden doorgevoerd:

- digitalisering mammografiën (8,5 mio euro);
- testen klinische biologie (aspergillus, legionella, paraproteïnemie, CMV, EBC, Mycobacterium tuberculosis en E Coli 0157, HCG) voor een bedrag van 0,413 mio euro;
- testen hematologie (1,179 mio euro);
- herwaardering honoraria neuropediatrie (1,190 mio euro);
- herziening nomenclatuur dermatologie chronisch aandoeningen en chirurgische verstrekkingen (3,853 mio euro);
- herwaardering raadpleging neurologie (1,610 mio euro);
- opheffing cumulatieverbod tussen toezicht in G - dienst en kleine ingrepen (1,178 mio euro);

- opwaarderen bezoek specialist aan een patiënt in RVT op verzoek huisarts (0,316 mio euro);
- tenslotte zal een oplossing worden geboden aan de problematiek van living donor (0,263 mio euro).

4.2.9. De voorstellen inzake wijziging van de nomenclatuur die door de TGR werden behandeld en die een budgetneutraal karakter hebben, zullen prioritair worden gerealiseerd.

4.2.10. De NCGZ is van oordeel dat een einde moet worden gesteld aan de situatie waarbij in geen tegemoetkoming is voorzien voor de opleiding van geneesheren-specialisten in niet-universitaire ziekenhuizen. Om die reden zal in 2015 met alle betrokken partners een reglementering worden voorbereid om vanaf 2016 een forfaitaire vergoeding in te voeren per begeleide ASO met een erkend stageplan. Hierbij zal bijzondere aandacht worden besteed aan de noodzakelijke kwaliteitsvereisten, de samenwerking met en tussen de universiteiten en transparantie bij de toewijzing van de stageplaatsen.

4.3. Maatregelen op het vlak van informatisering

4.3.1. Vanaf 2016 zullen de praktijktoelage en telematicapremie voor huisartsen worden geïntegreerd waarbij naast een vast bedrag ook een variabel bedrag wordt ingevoerd waarbij rekening wordt gehouden met het effectief gebruik van telematica. De reglementering hiervan zal in 2015 in de schoot van de NCGZ worden voorbereid.

In afwachting hiervan wordt in 2015:

- a) het bedrag van de praktijktoelage wordt vastgesteld op 1.672,94 EUR en verhoogd met 500 EUR voor artsen die volledig toetreden tot het akkoord. Dat bedrag zal worden toegekend volgens de huidige toekenningsprocedure en op basis van de huidige criteria van de toekenning van de praktijktoelagen
- b) een bijkomend vast bedrag toegekend van 817,20 EUR volgens de huidige toekenningsprocedure en op basis van de huidige criteria van de telematicapremie

De HAIO's kunnen aanspraak maken op een telematicapremie zonder te moeten voldoen aan de criteria inzake praktijktoelage.

4.3.2. Bovendien wordt in het kader van een innovatieproject dat moet toelaten het gebruik van SUMEHRS in real life te testen in 2015 in een incentive voorzien voor huisartsen die recht hebben op voornoemde bedragen. Daartoe zal een forfaitair bedrag van 500 EUR worden toegekend aan de betrokken huisartsen die via het EMD

SUMEHRS opladen en toegankelijk maken via Vitalink of Intermed, voor zover per praktijk ten minste gemiddeld 100 SUMEHRS per arts werden opgeladen.

4.3.3. Het RIZIV zal samen met alle betrokken partners (artsenorganisaties, ziekenfondsen, softwareleveranciers, Recipe, ...) in 2015 een ruime informatiecampagne opzetten en praktische leersessies organiseren die het mogelijk moeten maken dat een maximaal aantal artsen vertrouwd worden gemaakt met:

- het gebruik van Recipe (elektronisch voorschrijven van geneesmiddelen);
- het elektronisch aanvragen van de terugbetaling van geneesmiddelen hoofdstuk IV;
- het raadplegen van de verzekeraar, e-fac en e-DMG ;
- het aanmaken en opladen van SUMEHRS;
- de procedure van toestemming van de patiënten voor het elektronisch uitwisselen van gegevens tussen artsen die een therapeutische relatie hebben met de betrokkenen;
-

Deze vormingssessies zullen in het kader van accreditering worden erkend. De campagne zal worden gefinancierd ten laste van de administratiekosten van het RIZIV.

5. AANBEVELINGEN EN BIJZONDERE PROGRAMMAPUNTEN

5.1. De NCGZ stelt vast dat in het regeerakkoord wordt vooropgesteld het wettelijk verbod om ereloonsupplementen te factureren in twee- en meerpersoonskamers uit te breiden tot de daghospitalisaties. Ze neemt akte van het voornemen van de regering om deze maatregel tegen 30 juni 2015 te realiseren.

5.2. Voorts wenst de NCGZ betrokken te worden bij de concretisering van de aanpassing van de zogenoemde transparantiewet waarvan de inwerkingtreding tot 1 juli 2015 werd verdaagd. Daarbij moet als principe gelden dat maximaal gestreefd wordt naar administratief eenvoudige oplossingen. Het afleveren van een bewijsstuk zal enkel gelden ingeval van elektronische facturatie, alsook wanneer terugbetaalde verstrekkingen samen met niet-terugbetaalde verstrekkingen aan de patiënt worden aangerekend. De aanmaak van die bewijsstukken moet in de aanpassing van de elektronische dossiers worden vermeld.

Ook zal, in het licht van de onvermijdelijke evolutie naar meer informatisering en dematerialisering van documenten, in de schoot van de NCGZ, een oplossing worden gezocht waarbij wat de ambulante sector betreft een evenwicht wordt verzekerd tussen

enerzijds de vraag naar transparantie vanwege de verzekeringsinstellingen en anderzijds het vermijden van eenzijdige en niet-overlegde verplichtingen van de zorgverleners. Hierbij verbinden partijen zich ertoe om in onderling overleg een regeling tot stand te brengen waarbij de verzekeringsinstellingen wat de ambulante sector betreft over het geheel van de aan de verzekerde aangerekende bedragen kunnen beschikken naar aanleiding van terugbetaalbare verstrekkingen van zodra de attestering via papieren getuigschriften wordt vervangen door een elektronisch circuit. In het kader van dit overleg zal worden vastgesteld welk gebruik kan worden gemaakt van de betrokken gegevens, in het licht van de wetgeving op de privacy enerzijds en de wettelijke opdrachten van de verzekeringsinstellingen anderzijds.

5.3. Verder zal de NCGZ een regeling uitwerken in verband met het aanrekenen van supplementen voor verstrekkingen inzake klinische biologie, pathologische anatomie en genetische onderzoeken.

5.4. Vanaf 1 juli 2015 zal ook het systeem van de sociale derdebetaler wettelijk verplicht worden voor huisartsraadplegingen van verzekerden met voorkeurregeling. Deze verplichting is gekoppeld aan het beschikbaar zijn van de nodige elektronische toepassingen op het terrein. De NCGZ wenst de impact van die maatregel strikt op te volgen en te evalueren.

5.5. De geplande toepassing ervan voor personen met een statuut van chronisch zieke werd door de regering niet aanvaard, tenzij op vrijwillige basis. Het Observatorium voor chronische ziekten werd met een impactanalyse belast. De regeling derde betalende zal met betrekking tot huisartsraadplegingen, op vraag van de patiënt, elektronisch kunnen worden toegepast voor de chronisch zieken vanaf 1 juli 2015.

5.6. De NCGZ dringt erop aan dat de DGEC de nodige controles en doorlichtingen zou uitvoeren inzake de aanrekening van honoraria bij een verblijf op intensieve zorgen. Ze wenst ook de aanbevelingen van de DGEC inzake de analyse van de financiering van de spoeddiensten prioritair te behandelen. Tenslotte wenst de NCGZ dat de nodige inspecties zouden worden gevoerd om na te gaan of de voorwaarden in verband met de aanwezigheid of beschikbaarheid van geneesheren-specialisten alsook inzake het gebruik van welbepaalde geautomatiseerde POC-testen, daadwerkelijk worden nageleefd.

5.7. Zoals in het vorige akkoord reeds werd aangekondigd zal de NCGZ verdere hervormingen doorvoeren in verband met het accrediteringssysteem. Daarbij zal in het bijzonder aandacht worden besteed aan het stimuleren van het gebruik van e-Health-toepassingen.

Verder zal worden nagegaan in welke mate meer eenvormigheid in de bedragen voor de accreditering van de specialisten tot stand kan worden gebracht.

5.8. De NCGZ wenst dat met de regering een tripartite overleg wordt opgestart m.b.t. de bepalingen uit het regeerakkoord inzake de referentiehuisarts. Er zal worden nagegaan hoe een optimale taakverdeling tussen de huisarts en de geneesheer-specialist kan tot stand worden gebracht.

6. BEVORDERING VAN DE CONVENTIONERING EN SOCIAAL STATUUT

6.1. Om de attractiviteit van het akkoord te bevorderen wordt, wat de huisartsen betreft die volledig toetreden, een verhoging van de praktijktoelage voorzien van 500 euro (zie punt 4.3.1. a).

6.2. De NCGZ is bezorgd over het feit dat bij bepaalde geneesheren-specialisten (dermatologen, oftalmologen, gynaecologen,...) het percentage weigeringen om toe te treden tot het akkoord meer dan 50 % bedraagt. Hierdoor wordt de toegang tot de betrokken zorgverlening in verschillende arrondissementen ernstig belemmerd.

Vanuit die bekommernis worden volgende initiatieven voorgesteld:

6.2.1. Omwille van de lage conventioneringsgraad in de volgende specialismen (oftalmologie, gynaecologie, dermatologie, ...) zal een overleg worden opgestart tussen vertegenwoordigers van de NCGZ en vertegenwoordigers van de betrokken beroepsverenigingen teneinde mogelijke initiatieven voor de toekomst voor te bereiden.

6.2.2. Een jaarlijkse telematicapremie ten belope van 500 euro wordt toegekend aan de geneesheren-specialisten die volledig geconventioneerd zijn en die actief deelnemen aan de registratie van medische gegevens inzake projecten vastgesteld door de NCGZ (o.m. safe, orthoprive, qermid, diabetes, ...). De NCGZ stelt voor 30 juni 2015 de concrete toekenningsvoorwaarden vast.

6.2.3. Het tot stand brengen van een regeling inzake honorariumsupplementen bij bepaalde verstrekkingen zoals borstreconstructie na kanker, bijv. via het vaststellen van tarieven met akkoordverklaring.

6.3. De analyse die het mogelijk maakt het sociaal statuut op een meer selectieve wijze toe te kennen zal aan de NCGZ worden voorgelegd voor 31 maart 2015. Op basis van

die analyse moet worden nagegaan hoe de beschikbare middelen kunnen worden herschikt om de toetreding tot een akkoord te bevorderen.

In afwachting daarvan worden de bedragen van het sociaal statuut als volgt aangepast:

- 4.535 EUR voor de artsen die volledig zijn geconventioneerd
- 2.200 EUR voor de artsen die gedeeltelijk zijn geconventioneerd

6.4. De NCGZ richt een permanente werkgroep op waarin voorstellen worden onderzocht met de betrekking tot de werking en de modernisering van het overleg en waarbij alle maatregelen worden onderzocht die kunnen bijdragen tot een verbetering van de attractiviteit van het akkoordensysteem en tot meer duidelijkheid voor de patiënten ondermeer in het kader van de gedeeltelijke conventionering. Een eerste verslag wordt tegen 30 juni 2015 uitgebracht.

7. CORRECTIEMAATREGELEN

De correctiemaatregelen vervat in het Nationaal Akkoord geneesheren - ziekenfondsen van 13 december 2010 blijven van toepassing.

8. TOEPASSINGSVOORWAARDEN VAN HET AKKOORD

8.1. In het kader van de toepassingsvoorwaarden van het akkoord onderscheidt men twee categorieën van zorgverleners, zowel voor de algemeen geneeskundigen als voor de geneesheren-specialisten:

8.1.1. De volledig geconventioneerde zorgverleners,

8.1.2. De gedeeltelijk geconventioneerde zorgverleners.

8.2. Huisartsen

8.2.1. 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 8.2.3, de honorariumbedragen en de reisvergoedingen, vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, op zijn hele praktijk worden toegepast.

8.2.2. De gedeeltelijk geconventioneerde zorgverleners

8.2.2.1. 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 8.2.2.2 zijn bepaald.

Behalve tijdens de periodes en overeenkomstig de voorwaarden die strikt zijn bepaald in punt 8.2.2.2. of behalve wanneer de rechthebbende bijzondere eisen stelt die strikt zijn bepaald in punt 8.2.3, worden de honorariumbedragen en de reisvergoedingen, vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, op zijn hele praktijk toegepast.

8.2.2.2. 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:

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

8.2.2.2.2. 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 8.2.3.

8.2.3. 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:

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

8.2.3.2. de oproepen van zieken die voor de geneesheer een ongewoon belangrijke verplaatsing meebrengen;

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

8.2.3.4. 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 geneesheer aan te melden, niet onder de toepassing van de bijzondere eis valt.

In overeenstemming met artikel 8 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.

8.3. Geneesheren-specialisten

8.3.1. De volledig geconventioneerde zorgverleners

De volledig geconventioneerde geneesheer-specialist is de geneesheer-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 8.3.3, de honorariumbedragen en de reisvergoedingen, vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, op zijn hele praktijk worden toegepast.

8.3.2. De gedeeltelijk geconventioneerde zorgverleners

8.3.2.1. Definitie en toe te passen tarieven

De gedeeltelijk geconventioneerde geneesheer-specialist is de geneesheer-specialist die zijn hele praktijk aan de voorwaarden van dit akkoord onderwerpt, behalve gedurende de periodes en overeenkomstig de voorwaarden die strikt in punt 8.3.2.2. zijn bepaald.

Behalve tijdens de periodes en overeenkomstig de voorwaarden die strikt zijn bepaald in punt 8.3.2.2. of behalve wanneer de rechthebbende bijzondere eisen stelt die strikt zijn bepaald in punt 8.3.3, worden de honorariumbedragen en de reisvergoedingen,

vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, op zijn hele praktijk toegepast.

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

De gedeeltelijk geconventioneerde geneesheer-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):

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

8.3.2.2.2. 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 8.3.3, en op uren die normaal gezien schikken voor de rechthebbenden van de verzekering voor geneeskundige verzorging;

8.3.2.2.3. en wanneer de geneesheer-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 8.3.3.

8.3.3. Bijzondere eisen van de rechthebbende

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

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

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

8.3.3.3. 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 geneesheer-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 geneesheer aan te melden, niet onder de toepassing van de bijzondere eis valt. In overeenstemming met artikel 8 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.

8.4. 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.

8.5. De betwistingen met betrekking tot punt 8 zullen onder de arbitrage vallen van een paritair comité dat wordt samengesteld door de NCGZ en wordt voorgezeten door een ambtenaar van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering.

8.6. Mededeling en bekendmaking van het toetredingsstatuut

Naast hun wil om de diverse betrokken partijen zo duidelijk en volledig mogelijk te informeren, raden de partijen aan om uitvoering te geven aan de ZIV-wet teneinde te zorgen voor een duidelijke en aangepaste mededeling en bekendmaking van het statuut van de arts die volledig, gedeeltelijk of niet tot dit akkoord is toegetreden en van de periodes van toetreding of gedeeltelijke toetreding.

De betreffende gegevens zullen op de website van het RIZIV worden geplaatst (www.riziv.be).

9. 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 loyaliteit en wederzijds respect. De NCGZ 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.

10. DUUR VAN HET AKKOORD

10.1. Dit akkoord wordt voor een periode van één jaar gesloten namelijk van 1 januari 2015 t.e.m. 31 december 2015.

10.2 Het akkoord kan worden opgezegd door een van de partijen of door een arts met een ter post aangetekende brief die aan de voorzitter van de NCGZ is gericht binnen 30 dagen 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.

Het akkoord kan volgens dezelfde procedure worden opgezegd door een van de partijen of door een arts met een ter post aangetekende brief aan de voorzitter van de NCGZ indien tijdens de looptijd van het akkoord wettelijke of reglementaire bepalingen in werking treden die de bestaande regeling met betrekking tot de honorariumsupplementen eenzijdig wijzigen.

Een partij is geldig vertegenwoordigd als ze ten minste 7 van de leden die haar vertegenwoordigen in de NCGZ, verenigt.

Die opzegging kan evenwel slechts in werking treden als de opzeggende partij die opzegging bevestigt voor de NCGZ die in spoedvergadering is bijeengeroepen, overeenkomstig de quorumregels bedoeld in artikel 50, § 2, vierde lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994. Deze opzegging door een van de partijen kan algemeen zijn of beperkt tot bepaalde verstrekkingen of groepen van verstrekkingen en/of tot bepaalde zorgverleners op wie de besparingsmaatregelen beoogd in het eerste lid betrekking hebben. In geval van gedeeltelijke opzegging moeten in de aangetekende brief ook de beoogde verstrekkingen of groepen van verstrekkingen en/of zorgverleners

nauwkeurig worden vermeld. Deze opzegging is van toepassing vanaf de datum van inwerkingtreding van de voormelde correctiemaatregelen.

10.3. Behoudens voor wat de in het akkoord vermelde besparingen en correctiemaatregelen betreft, wordt bij toepassing van artikel 1183 BW het akkoord van rechtswege ontbonden 30 dagen na de bekendmaking in het Belgisch Staatsblad van besparingsmaatregelen die door de regering eenzijdig werden vastgesteld ten aanzien van de artsen waarop de bepalingen van toepassing zijn. In dat geval wordt voorafgaandelijk aan het verlopen van deze termijn en bij hoogdringendheid een spoedvergadering van de NCGZ bijeengeroepen waarop de minister wordt uitgenodigd, teneinde een voor alle partijen aanvaardbare oplossing tot stand te brengen.

11. FORMALITEITEN

11.1. De geneesheren 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, met een ter post aangetekende brief, gericht aan de NCGZ, waarvan de zetel gevestigd is bij de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, Tervurenlaan 211, 1150 Brussel.

In die brief moet het volgende staan:

RIZIV- identificatienummer
Ik, ondergetekende,
Naam en voornamen:.....
Volledig adres:
Hoedanigheid: Algemeen geneeskundige / geneesheer-specialist voor
<i>(doorhalen wat niet past)</i>
verklaar dat ik weiger toe te treden tot de bedingen van het op 22 december 2014 gesloten Nationaal Akkoord Geneesheren - Ziekenfondsen:
Datum:
Handtekening:

11.2. De andere geneesheren dan die welke, overeenkomstig de bepalingen die zijn vermeld onder 11.1, kennis hebben gegeven van hun weigering tot toetreding tot de bedingen van het akkoord dat op 22 december 2014 in de NCGZ 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 en meer bepaald de punten 8.2.2. en 8.3.2. tot het akkoord toetreden (“gedeeltelijke toetreding”):

11.2.1. ze de honorariumbedragen toepassen die daarin zijn vastgesteld;

11.2.2. ze de honorariumbedragen niet zullen kunnen toepassen die daarin zijn vastgesteld. Die mededeling moet worden gedaan met een ter post aangetekende brief, gericht aan de NCGZ op het onder 11.1 vermelde adres. In de brief moet het volgende staan:

11.2.2.1. voor de huisartsen:

RIZIV- identificatienummer Ik, ondergetekende, Naam en voornamen:..... Volledig adres: :												
verklaar mijn beroepsactiviteit, overeenkomstig de bedingen van het op 22 december 2014 gesloten Nationaal Akkoord Geneesheren-Ziekenfondsen, uit te oefenen onder de volgende voorwaarden inzake tijd en plaats:												
a) raadplegingen, afspraken en verstrekkingen in de spreekkamer, buiten de bedingen van het akkoord, <u>ten belope van maximaal drie keer per week per tijdvak van maximum 4 ononderbroken uren</u> (punt 8.2.2.2. “Periodes en voorwaarden van de gedeeltelijke toetreding tot het akkoord”):												
<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Dagen</th> <th style="width: 33%;">Plaats</th> <th style="width: 33%;">Uren</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Dagen	Plaats	Uren									
Dagen	Plaats	Uren										
b) alle andere verstrekkingen die verricht worden buiten de tijdvakken vastgesteld in bovenstaand punt a), zullen worden uitgevoerd overeenkomstig de bepalingen van het akkoord. Ik bevestig op erewoord en verbind mij ertoe dat zij ten minste driekwart van mijn gehele praktijk vertegenwoordigen en zullen vertegenwoordigen. Ter informatie vermeld ik hierna de voorafgaandelijk vastgestelde tijdvakken voor het verlenen van deze verstrekkingen.												
<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Dagen</th> <th style="width: 33%;">Plaats</th> <th style="width: 33%;">Uren</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Dagen	Plaats	Uren									
Dagen	Plaats	Uren										

Datum:
Handtekening:

11.2.2.2. voor de geneesheren-specialisten:

RIZIV- identificatienummer

Ik, ondergetekende,

Naam en voornamen:.....
 Volledig adres: :
 Geneesheer-specialist voor

verklaar mijn beroepsactiviteit, uitgeoefend overeenkomstig de bedingen van het op 22 december 2014 gesloten Nationaal Akkoord Geneesheren-Ziekenfondsen, uit te oefenen onder de volgende voorwaarden inzake tijd en plaats:

a) raadplegingen, afspraken en technische prestaties voor ambulante patiënten vallen buiten de bedingen van het akkoord ten belope van maximaal vier keer per week per tijdvak van maximum 4 ononderbroken uren (punt 8.3.2.2. “Periodes en voorwaarden van de gedeeltelijke toetreding tot het akkoord”):

Dagen	Plaats	Uren

b) alle andere verstrekkingen, verricht in het kader van het geheel van mijn praktijk, zullen worden verricht overeenkomstig de bepalingen van het akkoord.

c) de verstrekkingen voor ambulante patiënten verricht buiten de tijdvakken, vastgesteld in bovenstaand punt a), zullen worden uitgevoerd overeenkomstig de bepalingen van het

akkoord. Ik bevestig op erewoord en verbind mij ertoe dat zij ten minste de helft van mijn gehele praktijk vertegenwoordigen en zullen vertegenwoordigen. Ik vermeld hierna de vastgestelde tijdvakken voor het verlenen van deze verstrekkingen voor ambulante patiënten met inachtneming van de verplichting toegang te verlenen tot deze verstrekkingen op elk praktijkadres, overeenkomstig de bepalingen van het akkoord:

Dagen	Plaats	Uren

Datum:

Handtekening:

11.3. Alle latere wijzigingen van de voorwaarden inzake tijd en plaats waaronder de onder 11.2 bedoelde geneesheren, overeenkomstig de bedingen van het akkoord, de daarin vastgestelde honorariumbedragen zullen toepassen, mogen worden toegepast, ofwel na een opzegging van dertig dagen, ofwel, zonder opzegging, na aanplakking van die wijzigingen in hun spreekkamer.

Die wijzigingen moeten door de betrokken artsen worden meegedeeld aan het secretariaat van de NCGZ ofwel onverwijld, van zodra ze worden toegepast als ze worden toegepast na aanplakking en zonder opzegging, ofwel dertig dagen vóór de toepassing ervan, waarbij de datum van de mededeling ervan de aanvang van de in het eerste lid bedoelde opzeggingstermijn is.

11.4. De facultatieve derdebetalersregeling is op hun verzoek toegankelijk voor de artsen die niet tot het akkoord zijn toegetreden voor zover zij aan het Nationaal Intermutualistisch College te kennen geven dat zij onder dezelfde voorwaarden als de geconventioneerde artsen de tarieven van het akkoord zullen toepassen voor de verstrekkingen die gedekt zijn door de derdebetalersregeling.

Opgemaakt te Brussel

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

De vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen.