

RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING

Openbare instelling opgericht bij de wet van 9 augustus 1963
Galileelaan 5/01 - 1210 Brussel

Dienst voor Geneeskundige Verzorging

NATIONALE COMMISSIE ARTSEN-ZIEKENFONDSEN

Nota NCAZ 2026-**XXX**

Brussel, 11 februari 2026

BETREFT

Hervorming van de nomenclatuur –

Verslag van de werkgroep ‘ACA’ (consultaties en aanverwante verstrekkingen)

BIJLAGEN

1. Overzichtslijst ACA-verstrekkingen v4
2. Synthesenota's en adviezen subwerkgroepen
3. Overzichtstabel pathologiegebonden zorg
4. Voorstel lijst operatieve verstrekkingen voor bijkomend toezicht op NICU
5. Overzichtstabel laboratoriumgeneeskunde – klinisch honorarium per test
6. Enquête over de activiteiten van de klinisch bioloog
7. Hulpmiddel inschatting complexiteit en risico
8. Toelichting bij toegepaste niveaus van revalidatie (volgt)

1. Opdracht en organisatie van de werkzaamheden

1.1. Op 2 december 2022 werd een werkgroep ACA ingesteld die door de Nationale Commissie Artsen Ziekenfondsen (NCAZ) en in samenspraak met de ad hoc werkgroep ‘structureel overleg ziekenhuishervorming en -financiering’ werd gemandateerd om op basis van een oriëntatienota de hervorming van de nomenclatuur met betrekking tot het luik raadplegingen, toezicht en aanverwante verstrekkingen (ACA) uit te werken. Er moet worden benadrukt dat de beoogde verstrekkingen betrekking hebben op alle medische disciplines.

Het betreft inzonderheid de verstrekkingen voor raadplegingen, bezoeken, raadplegingen op afstand, toezicht, opname en ontslag, onderzoek aan bed, multi- en interdisciplinair overleg, zorgtrajecten, GMD, permanentie en specifieke medische bilans.

Deze werkgroep werd samengesteld uit vertegenwoordigers van de representatieve artsenorganisaties en van de ziekenfondsen. Vertegenwoordigers van de ziekenhuizen namen aan de werkzaamheden deel als observator. Verder namen ook de voorzitter van de Technisch Geneeskundige Raad, de secretaris-generaal van het VBS en een vertegenwoordiger van de Beleidscel van de minister aan de werkzaamheden deel. De werkgroep werd voorgezeten door

de ere administrateur-generaal van het Riziv. Het secretariaat werd verzekerd door de medewerkers van de medische directie van de Dienst geneeskundige verzorging van het Riziv. De kick-off van de werkgroep vond plaats op 2 december 2022. Nadien kwam de werkgroep tussen mei 2023 en februari 2026 18 maal plenair bijeen, aangevuld met een aanzienlijke reeks technische en informele vergaderingen.

1.2. De centrale opdracht van de werkgroep bestond erin om de 'relative value units' (RVU) van het professioneel honorariumgedeelte van de betrokken verstrekkingen vast te stellen, op basis van de factoren tijd (D), risico (R) en complexiteit (C). In tweede instantie werd ook een lijst van de betrokken verstrekkingen opgesteld. Tenslotte werd gepoogd om het kostengedeelte van de betrokken medische verstrekkingen in kaart te brengen.

1.3. In de loop van de besprekingen werd beslist om, rekening houdend met het discipline specifieke karakter van bepaalde ACA-verstrekkingen, een aantal subwerkgroepen op te richten en een aantal experts te raadplegen met het oog op het vaststellen van RVU-waarden. Hierbij werd beroep gedaan op experts aangeduid vanuit de beroepsverenigingen en vanuit de universiteiten.

De subwerkgroepen hadden betrekking op de ACA-verstrekkingen met betrekking tot volgende domeinen:

- Psychiatrie
- Intensieve zorg (algemeen en NICU)
- Spoedgevallen
- Fysische geneeskunde en revalidatie
- Genetica

Ook werd op vraag van de NCAZ een specifieke werkgroep 'huisartsen' opgericht, waarin onder meer bijzondere aandacht werd besteed aan de ijking van het GMD en de permanentie in huisartsen in huisartsenwachtposten.

In deze werkgroep werd ook voldoende aandacht en inspraak gevraagd met betrekking tot de technische verstrekkingen die ook door huisartsen worden verricht. De toepassingsregels voor deze technische verstrekkingen worden later besproken in de schoot van de Technisch Geneeskundige Raad waardoor een gelijkwaardige inbreng van huisartsen en specialisten wordt verzekerd. Op het vlak van de organisatie van de zorg werd ook de vraag naar echelonnering opgeworpen.

Verder werd ook een subwerkgroep klinische biologie opgericht, waarin werd gepoogd het professioneel gedeelte van de honoraria van de klinisch biologen in te schatten gelet op de praktische onmogelijkheid om zulks per verstrekking (test) te doen.

Tenslotte werd op 28 maart 2025 ook een informatievergadering georganiseerd waarbij vertegenwoordigers van 14 specialismen behorend tot de inwendige geneeskunde (algemene internisten, nefrologen, cardiologen, gastro-enterologen, pneumologen, reumatologen, endocrinologen, neurologen, hematologen, medisch oncologen, infectiologen, geriateren, pediaters, dermatologen) werden geïnformeerd over het verloop van de werkzaamheden, werden uitgenodigd om schriftelijk opmerkingen te formuleren over de door de werkgroep

voorgestelde RVU wat de voor hun discipline voorziene ACA-verstrekkingen betreft. Tevens werden ze in de mogelijkheid gesteld bijzondere aandachtspunten te signaleren.

1.4. De resultaten en bevindingen van deze subwerkgroepen en contacten werden aan de werkgroep meegedeeld en waar wenselijk geacht geamendeerd met het oog op het verzekeren van de congruentie en de interne logica binnen het geheel van de ACA-verstrekkingen.

Dit rapport bevat de conclusies van de werkzaamheden van de werkgroep, waarin een brede consensus bestaat over een nieuwe architectuur van de ACA-verstrekkingen in de nieuwe nomenclatuur en waarbij wordt aangedrongen op de toepassing van adequate handhavingsmechanismen.

Als bijlage 1 wordt een concrete lijst met verstrekkingen toegevoegd, die de bestaande 'ACA-nomenclatuur' hercodificeert en waarbij een relatieve waarde van de verstrekkingen wordt voorzien met het oog op verdere besprekingen in de daartoe bevoegde organen en commissies.

De voorgestelde RVU bevatten zowel het professioneel gedeelte als het kostengedeelte van de ACA-verstrekkingen (zie punt 3.7.3.). Dit impliceert volgens de artsenbank dat in de wetgeving moet worden voorzien dat enkel de directe kosten en inningskosten die door derden worden gemaakt en worden verantwoord met betrekking tot de betrokken verstrekkingen op deze honoraria kunnen worden aangerekend. De vertegenwoordigers van de ziekenhuizen delen deze zienswijze niet. Over de problematiek van de kosten: zie verder punt 3.7.3.

In een volgend stadium zullen de voorgestelde RVU-waarden geïntegreerd worden in een interdisciplinaire schaal samen met de andere verstrekkingen. Voorafgaandelijk hieraan zullen de door de ACA werkgroep voorgestelde RVU-waarden met betrekking tot de duur van de verstrekkingen worden becijferd en op hun interne coherentie worden getoetst. Hierbij rijst de vraag en moet worden uitgeklaard of dezelfde sleutelwaarde kan worden gehanteerd voor de raadplegingen en andere ACA-verstrekkingen als voor de technische verstrekkingen, indien zou blijken dat de voorstellen van de werkgroep niet leiden tot de gewenste effecten (zie punt 2, inzonderheid punt 2.5). Hierover moet zo nodig het vereiste overleg worden georganiseerd.

Hierbij wordt eraan herinnerd dat de hervorming van de nomenclatuur binnen een gesloten budget en via interne verschuivingen binnen de huidige honorariummassa moet worden gerealiseerd.

2. Principes

De werkgroep 'ACA' achtte het van belang om bij het uitwerken van de concrete voorstellen van de hervorming van de nomenclatuur volgende vuistregels en principes vast te stellen en te hanteren.

2.1. Duur als dominante factor

De werkgroep opteert ervoor om bij de ACA-verstrekkingen de factor tijd (T) als dominante factor te weerhouden, waarbij moet rekening worden gehouden met discipline-specifieke karakteristieken.

Differentiatie in de factor risico (R) lijkt volgens de werkgroep bij de uitvoering van de betrokken verstrekkingen minder relevant. In de voorstellen wordt hoofdzakelijk uitgegaan van een risicofactor 2.

Wat de factor complexiteit (C) betreft, wordt uitgegaan van het feit dat het grote merendeel van de betrokken verstrekkingen behoren tot het standaardcurriculum en de opleiding van elk specialisme. In de voorstellen wordt hoofdzakelijk uitgegaan van een complexiteitsfactor 2.

De bepaling van de verschillende niveaus van risico en complexiteit is gebaseerd op de methodologie die met het oog op eenvormigheid zowel in het kader van de werkzaamheden van de werkgroep ACA als in andere werkgroepen werd gehanteerd (zie bijlage 7).

2.2. Aansluiting van de nomenclatuur bij een performant organisatiemodel van de zorgverlening

De werkgroep is van mening dat een performant organisatiemodel van zorgverlening niet alleen betrekking heeft op de vergoeding van individuele patiëntencontacten maar ook rekening moet houden met een adequate honorering van taken en opdrachten die verband houden met inter- en multidisciplinair overleg, transmuraliteit, continuïteit, toegankelijkheid, en kwaliteit.

De werkgroep acht het van groot belang dat bij de hervorming van de ACA-verstrekkingen voldoende rekening wordt gehouden met de tijd die artsen dienen te besteden aan inter- en multidisciplinair overleg - waarvoor waar mogelijk een generiek model moet worden tot stand gebracht-, aan de uitrol en opvolging van zorgtrajecten, aan de uitwerking van diagnostische bilans en aan de organisatie van een zorgplanning, ...

2.3. Het ondersteunen van persoonsgerichte zorg

Onverminderd de specifieke voorwaarden waarin taakdelegatie met andere zorgverleners is toegestaan, moet de nomenclatuur ook een goede en persoonlijke interactie tussen artsen en patiënt faciliteren. Dit wordt tot uiting gebracht via de tijdsdimensie. Als algemeen ijkpunt wordt een indicatieve standaardduur voor een standaardraadpleging vastgesteld op 20 min waaraan de RVU 1 wordt toegekend.

2.4. Het bevorderen van de aanwezigheid van artsen-specialisten in het ziekenhuis.

De werkgroep acht het noodzakelijk dat bij de uitwerking van de ACA-nomenclatuur stappen worden gezet die de aanwezigheid van artsen-specialisten in het ziekenhuis aantrekkelijker maakt. Hiertoe dient beter rekening te worden gehouden met het specifieke takenpakket dat met ziekenhuisactiviteit verband houdt, zoals het toezicht en de *out-of-hours* permanenties. Dit geldt mutatis mutandis ook voor de huisartsen, inzonderheid wat de huisartsenwachtposten betreft.

2.5. Het verkleinen van de verschillen in vergoeding voor gelijkaardig werk tussen de verschillende specialismen

Dit algemene principe werd vooropgesteld als doelstelling voor de globale hervorming van de nomenclatuur. Uit de bij het Riziv beschikbare gegevens blijkt dat er een groot verschil bestaat in het aandeel van de 'ACA-verstrekkingen' in het globale vergoedingspakket van de verschillende specialismen. De werkgroep is van oordeel dat gelijke activiteiten op een gelijke manier moeten worden vergoed. Dit heeft tot gevolg dat bepaalde verschuivingen noodzakelijk zullen zijn binnen het professioneel gedeelte van de globale honorariummassa om een adequate ijkning van de ACA honoraria mogelijk te maken.

2.6. Goede controleerbaarheid zonder administratieve overlast

De werkgroep dringt erop aan dat bij de invoering van de nieuwe nomenclatuur complexe registratie-inspanningen voor de zorgverleners worden vermeden. Evenwel is de werkgroep van oordeel dat bij de inwerkingtreding van de nomenclatuur de evolutie van uitgaven op macro-, meso- en microniveau moet worden gemonitord en een concreet handhavingsplan wordt ontwikkeld en toegepast, met het oog op het bestrijden van bepaalde excessen.

De ACA-werkgroep heeft gepoogd om bij de uitwerking van de voorstellen een logische opbouw te volgen voor alle specialismen volgens het principe 'gelijkvormigheid waar het kan, differentiatie waar het moet'.

2.7. Verplichte verslaggeving

De werkgroep is van oordeel dat de ACA-verstrekkingen verplichtend gepaard gaan met een goede verslaggeving in het patiëntendossier en/of communicatie aan de huisarts en behandelende artsen, met vermelding in de hubs. Deze algemene regel zou in de nomenclatuur moeten worden opgenomen.

2.8 Coherentie met andere hervormingsdomeinen

In de eerste plaats wordt voor de ACA-verstrekkingen eenzelfde methodiek gehanteerd voor de vaststelling van het professioneel gedeelte van de honoraria als voor de andere verstrekkingen. De vastgestelde relatieve waardeschalen zullen in een volgend stadium worden geïntegreerd in een globale interdisciplinaire schaal.

Verder heeft de ACA-werkgroep rekening gehouden met andere hervormingen die een impact kunnen hebben op de hervorming van de nomenclatuur.

In dit verband kan verwezen worden naar volgende elementen:

- De New Deal voor de huisartsenpraktijken, gelet op het feit dat de honoraria voor patiëntencontacten en voor de capitatiefinanciering (per patiënt met een vast behandelrelatie) afgeleid worden uit de honoraria vastgesteld in het kader van de nomenclatuur;
- Het feit dat door de werkgroep ATMC een aantal verstrekkingen voor verdere analyse en bespreking werden doorverwezen naar de werkgroep ACA. Het gaat hier onder meer over de verstrekkingen voor toezicht in een eenheid voor intensieve zorg, de verstrekkingen verleend in de gespecialiseerde functie spoedgevallen en de gebundelde vergoedingen via conventies in de revalidatiegeneeskunde;
- De hervormingen in de geestelijke gezondheidszorg en de psychiatrie.

2.9 As is en to be

Om evidente redenen heeft de werkgroep zich niet kunnen en willen beperken tot een loutere toekenning van relatieve waardeschalen aan de bestaande nomenclatuurcodes.

De voorstellen bevatten ook vernieuwingen, die uiteraard in de schoot van de bevoegde organen moeten worden gevalideerd. Deze vernieuwingen hebben tot doel om de hogervermelde objectieven te realiseren. Concreet gaat het onder meer om nieuwe verstrekkingen voor opname en ontslag, verplichte verslaggeving aan de huisarts met publicatie op de hubs, verslaggeving op het vlak van toezicht, initiatieven op het vlak van preventie, eenvormigheid op het vlak van de honorering van permanenties, uniformiseren van zorgtrajecten, specifieke medische bilans, multi- en interdisciplinair overleg, kwalitatieve invulling van de permanenties, ...

Het is verder noodzakelijk om voor de verschillende verstrekkingen duidelijke toepassingsregels vast te stellen met het oog het voorkomen van oneigenlijk gebruik en misbruik alsook met het oog op het beheersen van de uitgaven. Dit wordt voorzien in een volgende fase en zal gebeuren binnen de bevoegde raden en commissies.

Een duidelijke afstemming met de voorstellen van de ATMC-groep is vereist teneinde te voorkomen dat op sommige domeinen dubbele financiering zou ontstaan.

3. Concrete voorstellen in verband met de ACA-verstrekkingen

3.1 Ambulante verstrekkingen in en buiten het ziekenhuis

3.1.1 Raadplegingen

3.1.1.1. Algemeen

In de werkgroep werd een grondige discussie gevoerd om raadplegingen in verschillende levels in te delen ("grotere granulariteit"). Hierbij werden verschillende opties besproken zoals het maken van een onderscheid tussen korte en langdurige consultaties en het invoeren van een gradatie in functie van de complexiteit van de pathologie.

De werkgroep heeft geopteerd voor een model gebaseerd op een basisraadpleging, waarbij rekening wordt gehouden met discipline-specifieke karakteristieken en waarbij in functie van objectieve factoren bijkomende honoraria kunnen worden voorzien (nieuwe patiënt, *out of hours*, leeftijd...)

In de huidige nomenclatuur worden aan de raadplegingen van de verschillende specialismen verschillende waarden toegekend, waarbij traditioneel een onderscheid werd gemaakt tussen de zgn. kleine en grote specialismen terwijl voor sommige specialismen bijzondere raadplegingen werden ingevoerd.

Op basis van een internationale vergelijking van andere nomenclaturen kan worden vastgesteld dat hierbij elementen zoals tijdsduur, eerste contact, vervolconsultaties, diagnostische bilans en assessments, ... in aanmerking worden genomen.

De werkgroep stelt met betrekking tot raadplegingen volgende structurering voor basis van volgende elementen:

- De standaard vormt de basisraadpleging met een indicatieve duurtijd van 20 minuten en een factor 2 zowel voor complexiteit als risico. Aan deze basisraadpleging wordt op basis van deze 3 parameters een RVU 1 toegekend.

Deze basisraadpleging geldt voor huisartsen, orthopedisten, stomatologen, radiologen, anesthesisten, klinisch biologen, medisch microbiologen en nucleaire geneeskunde (met dien verstande dat de informatietijd in het kader van oncologische behandelingen, zoals radioligandtherapie en andere worden opgenomen in het professioneel gedeelte van de betrokken technische verstrekkingen).

Wat de huisartsen betreft mag hierbij niet uit het oog worden verloren dat bijzondere raadplegingen worden voorzien zoals GMD, preventiebilan, pathologiegebonden verstrekkingen zoals zorgtrajecten (palliatieve zorg, chronische ziekten, ernstige psychiatrische aandoeningen, ...)

- Voor volgende specialismen geldt een RVU 1,25. Het gaat hier meer bepaald om de oftalmologen, urologen, gynaecologen, dermatologen, algemene en plastische heelkunde – met inbegrip van de nieuw voorziene verdere opdeling van de bekwaamheidscodes- fysische geneeskunde en revalidatie, NKO, neurochirurgie en radiotherapie-oncologie.
- Een derde groep wordt gevormd door de cardiologen, pediaters (met algemene bekwaamheid). Voor de raadplegingen van deze specialismen geldt RVU 1,50.
- Vervolgens wordt voor volgende groep specialismen de RVU van de raadpleging op 1,75 gewaardeerd. Het betreft: geriatrie, gastro-enterologie en gastro-oncologie, pneumologie en pneumo-oncologie,
- Tenslotte wordt een RVU 2,25 toegekend aan de raadpleging van volgende specialismen: algemene inwendige, endocrinologie, reumatologie, neuropediatrie, hemato-oncologie, neurologie/neuropsychiatrie, pediatrie hemato-oncologie, nefrologie en infectiologie.
- De werkgroep heeft bij deze indeling gepoogd rekening te houden met de bestaande 'spread' tussen de verschillende raadplegingen (2,35) en de mate waarin de raadplegingen gepaard gaan of uitmonden in technische, interventionele of heelkundige verstrekkingen. De betrokken speciale verstrekkingen worden niet in het honorarium van de raadpleging geïntegreerd. Deze verstrekkingen bekomen een aparte RVU die zowel voor het professioneel gedeelte als voor het kostengedeelte aan het raadplegingshonorarium wordt toegevoegd.

- Bovendien werd door de werkgroep niet uit het oog verloren, dat rekening houdend met de tijdscores uitgevoerd door de verschillende disciplines, voor bepaalde specialismen een langere indicatieve tijdsduur voor de basisraadpleging moet worden weerhouden.
- Voor de psychiatrische gesprekken en klinische genetica geldt een RVU 2 voor een basisraadpleging (zie verder).
- De raadpleging omvat niet enkel de diagnosestelling, klinisch onderzoek en informatie aan de patiënt, maar ook de nodige voorbereiding vooraf en een verplichte verslaggeving achteraf.
- De werkgroep wijst er op dat de voorziene tijdsduur indicatief is met het oog op het vaststellen van de RVU. Deze RVU is geen instrument van controle, maar de basis voor het vaststellen van een ijkpunt. Het laat evenwel toe om verantwoordingsplafonds in te stellen.

Opmerking van de voorzitter

Vertegenwoordigers van de huisartsen kunnen zich niet in het voorstel vinden. Zij zijn van mening dat de duurtijd van de consultaties van sommige specialisten, o.m. uit de heilkundige sector door de band een kortere duur hebben.

Andere leden van de werkgroep hebben aangegeven en vrezden dat consultaties met een duurtijd van 20 min naargelang deze al dan niet gepaard gaan met speciale verstrekkingen zullen resulteren in een verschillend professioneel honorarium voor een zelfde tijdsperiode.

Op basis van deze opmerkingen stelt de voorzitter de vraag of niet moet overwogen worden om voor de specialismen waarvan de raadplegingen door de band gepaard gaan of uitmonden in speciale verstrekkingen een onderscheid te maken tussen een basis raadpleging die gepaard gaat met speciale verstrekkingen of kadert in de uitvoering of opvolging van een ingreep en andere raadplegingen waarbij geen speciale verstrekkingen worden uitgevoerd of niet kaderen in de uitvoering of opvolging van een ingreep.

3.1.1.2. Bijkomende honoraria

3.1.1.2.1. Bepaalde objectiveerbare omstandigheden of indicatoren wettigen volgens de werkgroep de toekenning van een bijkomend honorarium van de basisraadpleging ten belope van de helft van de waarde van de RVU van de betrokken raadpleging. Het gaat hierbij onder meer om:

- Een eerste raadpleging in een huisartspraktijk mits overdracht van het GMD.

De eerste raadpleging bij een arts-specialist voor een nieuwe patiënt, d.w.z. een patiënt zonder contact met een arts van dezelfde basisdiscipline (niveau 2) over de voorbije 2 jaar. De motivering hiervan is dat een nieuw dossier moet worden opgemaakt met een overzicht van alle antecedenten, een uitgebreid klinisch onderzoek noodzakelijk is en een medicatieoverzicht moet worden opgemaakt. De regel van 2 jaar geldt niet bij de

schriftelijke doorverwijzing van een patiënt naar een expertisecentrum of derdelijnscentrum naar een arts-specialist met dezelfde basisdiscipline. Dit vergt uiteraard nog een nauwkeurige beschrijving en verdere uitwerking.

- Een raadpleging of bezoek van een patiënt door de huisarts volgend op een hospitalisatie van minimum 7 dagen binnen de 3 werkdagen na ontslag of na opname in een woonzorgcentrum binnen een periode van 5 werkdagen. De motivering hiervan heeft betrekking op het feit dat hierbij de nodige tijd moet worden uitgetrokken om de patiënt en zijn omgeving correct te kunnen informeren alsook om eventuele medicatiewijzigingen te overlopen.
- Een raadpleging of bezoek van een patiënt verblijvend in een voorziening voor personen met een beperking en daarmee gelijkgestelde woonvormen. De motivering ter zake houdt verband met de nodige tijdsinvestering maar ook uit de bezorgdheid om te vermijden dat deze personen geen toegang zouden hebben tot de vereiste zorg.
- De factor leeftijd werd als dusdanig door de werkgroep niet weerhouden als parameter voor de toekenning van bijkomende honoraria bij de basisraadpleging.

Evenwel is de werkgroep zich bewust van het feit dat onderzoeken van kinderen, inzonderheid wanneer deze technische verstrekkingen vergen, een langere duurtijd kunnen hebben. Recent werden hier in de nomenclatuur een aantal verstrekkingen voorzien (oftalmologie, ORL). Een adequate alignering met de bevindingen van de werkgroep ATMC dringt zich hierbij op.

- Cumulatie van verschillende bijkomende honoraria is mogelijk voor zover aan de vastgestelde voorwaarden is voldaan.

3.1.1.2.2 Ook de raadplegingen die *out of hours* worden verricht verantwoorden een bijkomend honorarium. Het betreft hier bijkomende honoraria voor dringende raadplegingen uitgevoerd 's avonds resp. 's nachts, in weekend en op feestdagen (zie verder 3.6.2.).

3.1.1.3 Videoraadplegingen, telefonische raadplegingen en adviezen

Videoraadplegingen worden, onder de voorwaarden voorzien in de toepassingsregels gewaardeerd op 0,8 van de overeenstemmende RVU van de betrokken raadpleging. Zij nemen o.a. in de psychiatrie een belangrijke plaats in.

Gelet op de lopende besprekingen in de NCAZ heeft de werkgroep zich niet gebogen over de telefonische raadplegingen en adviezen.

3.1.1.4 Haio's/ASO en artsen met Riziv-nummer 000

Voor raadplegingen verricht door Haio en ASO zonder de fysiek aanwezige supervisie van de stagemeeester of diens gedelegeerde in de hiertoe reglementair voorziene situaties wordt 75%

van de RVU van de betrokken raadpleging voorgesteld. Voor artsen met een Riziv nummer eindigend op 000 wordt 60 % van de RVU voorgesteld.

3.1.2 Bijzondere raadplegingen en niet-technische verstrekkingen

Naast de basisraadplegingen bestaan er ook een reeks bijzondere niet technische verstrekkingen waarvoor de werkgroep de RVU heeft vastgesteld.

3.1.2.1 Beheer van het globaal medisch dossier (GMD) door de huisarts

De werkgroep heeft kennisgenomen van de recente IMA-analyse met betrekking tot het gezondheidsgebruik van patiënten met en zonder het GMD alsook van de reflecties die over het GMD werden geformuleerd in het kader van de hervorming New Deal. Ook werd door de werkgroep die hiervoor in de schoot van het Riziv actief is verslag uitgebracht van haar werkzaamheden.

De ACA-werkgroep stelt vast dat het GMD een essentieel element in de huisartspraktijk vormt aangezien dit toelaat te beschikken over een gedetailleerd overzicht van de gezondheidsstatus van de patiënt. De werkgroep drukt de wens uit om de inhoudelijke voorwaarden van het GMD nauwkeurig te omschrijven en kwalitatief te bewaken zoals reeds voorzien werd in punt 3.2.4.1. van het akkoord artsen-ziekenfondsen 2022-2023. Tot slot verzoekt de werkgroep te onderzoeken of de vergoeding van het GMD op termijn niet moet gekoppeld worden aan het verplicht meedelen van de Sumehr aan de gezondheidshubs.

De werkgroep stelt voor om de actuele verhouding tussen de waarde van de raadpleging en het GMD die thans in de nomenclatuur is vervat te bewaren.

Aldus stelt de werkgroep voor om aan het algemeen GMD een RVU 1 toe te kennen en het GMD voor chronisch zieken te waarderen op RVU 1,75. Sommige leden wensen dat hierbij de sociale dimensie sterker wordt beklemtoond en in de RVU wordt weerspiegeld. Dit geldt inzonderheid voor personen met een leefloon of een gelijkaardige uitkering.

De werkgroep wenst het GMD voor chronisch zieken open te stellen voor alle leeftijdscategorieën.

3.1.2.2. Preventiebilan huisarts

De werkgroep wenst dat in het kader van een hervormde nomenclatuur ook inspanningen worden geleverd met het oog op het versterken van de preventieve activiteiten van de huisartsen, onverminderd de inspanningen van andere artsen en zorgverleners.

Hiertoe wordt het voorstel geformuleerd om een preventiebilan in te voeren. Preventie is een continu proces waarbij periodiek een uitgebreid en gestructureerd gesprek wordt georganiseerd tussen huisarts en patiënt over de verschillende aspecten van het bevorderen en behoud van een goede fysieke en mentale gezondheid aan de hand van een gezamenlijk

opgesteld preventieplan. Hierbij wordt ook aandacht besteed aan de stimulering en opvolging van vaccinatie en screening.

Het preventiebilan zou driejaarlijks door de GMD-houdende huisarts kunnen worden aangerekend vanaf de leeftijd van 45 jaar. Hierbij wordt een gesprek van 1 uur voorzien met een RVU 3. Dit omvat o.m. stimuleren tot deelname aan preventieprogramma's, motivatie, zorgplanning, afspraken en opvolging. In de werkgroep wordt gepleit om hieraan ook concrete resultaatsverbintenissen te voorzien.

3.1.2.3 Specifieke medische bilans

De huidige nomenclatuur bevat voor bepaalde artsen-specialisten een reeks bijzondere raadplegingen. Het gaat enerzijds om raadplegingen met een vastgestelde frequentie waarbij de evolutie van het ziekteproces van patiënten wordt gemeten en geregistreerd, aan de hand van relevante scoringstools en die ook veelal vereist zijn in het kader van de vergoedingsvoorwaarden vastgesteld in het kader van specifieke medicatie. Hierbij kan verwezen worden naar de therapeutische opvolgingsbilans voor patiënten met een zeldzame ziekte die met een weesgeneesmiddel worden behandeld. Anderzijds betreft het raadplegingen waarbij een globaal assessment van de patiënt wordt uitgevoerd met het oog op het opsporen van problemen, de vaststelling van de zorgbehoeften, de evaluatie van de functionele capaciteiten, de oppuntstelling van de medicatie.

Sommige van deze raadplegingen vergen ook een inter- en/of multidisciplinaire benadering. De werkgroep is van oordeel dat hierbij waar mogelijk een uniforme aanpak wordt ontwikkeld.

Volgende specialismen zijn thans betrokken: inwendige geneeskunde, geriatrie, oncologie, (kinder)neurologie, reumatologie, (kinder- en jeugd)psychiatrie, klinische hematologie, infectiologie, transplantatiegeneeskunde, rugchirurgie, algologie, psycho-geriatrich assessment... (zie bijlage 1, hoofdstuk 5 of bijlage 3 voor het volledige overzicht).

Hierbij hoort ook het therapeutisch opvolgplan door de behandelende arts-specialist van patiënten met zeldzame ziekten die met een weesgeneesmiddel wordt behandeld (inclusief aanvraag en periodieke verslaggeving).

De werkgroep stelt voor om voor de weerhouden verstrekkingen specifieke RVU's vast te stellen (minimum RVU 3) en nadere toepassingsregels per indicatie te bepalen, onder meer op het vlak van de frequentie.

3.1.2.4. Zorgtrajecten

Zorgtrajecten werden ontwikkeld om voor patiënten met bepaalde ziektebeelden een continuüm van zorg tot stand te brengen tussen huisarts en andere artsen.

De werkgroep beveelt aan om voor deze zorgtrajecten een gemeenschappelijke inhoudelijke structuur vast te stellen waarin volgende elementen aan bod komen: opvolging pathologie, registratie parameters, communicatie met zorgverleners, patiënten en mantelzorgers, zorgplanning,

Momenteel bestaan zorgtrajecten voor diabeteszorg, nierinsufficiëntie, eetstoornissen en obesitas bij kinderen.

De werkgroep is van oordeel dat aan het globaal honorarium voor het jaarlijks beheer en de opvolging van een zorgtraject een RVU 3 wordt toegekend, zowel voor de huisartsen als voor de andere artsen-specialisten. Dit sluit niet uit dat in functie van de concrete vormgeving van de verschillende zorgtrajecten en het daarbij vereiste takenpakket van de artsen specifieke RVU's kunnen worden vastgesteld.

De werkgroep werd geïnformeerd over het feit dat een zorgtraject oncologie wordt voorbereid alsook een zorgtraject palliatieve zorg. Op het vlak van de psychiatrische zorg wordt ook gewerkt aan een zorgtraject ernstige psychiatrische aandoening met een chronisch karakter (SMI of severe mental illness).

3.1.2.4 Advanced care planning, euthanasie

In het kader van palliatieve zorg worden bijzondere verstrekkingen voorzien voor Advanced Care Planning (ACP), palliatieve zorgtraject en adviezen of uitvoering euthanasie (zie hoofdstuk 5.B.003 van bijlage 1).

3.1.2.5. Psychiatrische gesprekken

Op voorstel van de geraadpleegde experten worden de raadplegingen en psychotherapeutische behandelingszittingen samengebracht onder de noemer 'psychiatrische gesprekken'. Hierbij zou in de nomenclatuur de nodige gelijkvormigheid worden voorzien naargelang het gaat om volwassenen of kinderen en jongeren. Systematisch wordt de duur van de gesprekken met kinderen en jongeren (en hun wettelijke vertegenwoordigers) hoger ingeschat.

Bij deze psychiatrische gesprekken wordt een onderscheid gemaakt tussen:

- korte psychiatrische contacten
- basis psychiatrische gesprekken
- bijzondere psychiatrische gesprekken (intakegesprek, systeemgesprek, diagnostische gesprek)
- complementaire gesprekken (overleggesprek transitieleeftijd, gesprek vrijwillige behandeling onder voorwaarde)
- groepsgesprekken.

Al deze gesprekken vergen een verplichte verslaggeving.

De bijkomende honoraria voorzien in punt 3.1.1.2. zijn ook op de psychiatrische gesprekken van toepassing.

Daarnaast wezen de psychiaters op het feit dat zij vaak op verzoek van de patiënt of van derden verslagen moeten opleveren. Zij stelden voor om hierbij een administratief honorarium te kunnen aanrekenen, gelijk aan de algemene basisraadpleging van een specialist. De werkgroep is van oordeel dat verslagen gevraagd door andere instanties door hen moeten

worden gehonoreerd. De werkgroep is van mening dat in andere situaties enkel een zeer limitatieve lijst aanvaardbaar is.

3.1.2.5.0. Kort psychiatrisch contact

Het gaat hier om een persoonlijk contact met een gestabiliseerde patiënt met een gekende diagnose met het oog op opvolging of bijsturing van de ingestelde behandeling. Dit contact heeft een duurtijd van 20 minuten en RVU 1.

3.1.2.5.1. Basis psychiatrisch gesprek

Naargelang het een volwassene of een kind/jongere (< 18 jaar) betreft wordt voor een basis psychiatrisch gesprek met een gemiddelde duur van 40 min een RVU 2 resp. 3 bepaald. Psychiatrische gesprekken via videoverbindingen worden overeenkomstig de algemene regel gehonoreerd aan 80 % (resp. RVU 1,6 en 2,4).

3.1.2.5.2. Bijkomend honorarium nieuwe patiënt

Voor een psychiatrisch met een nieuwe patiënt wordt een bijkomend honorarium van 50 % van het basis psychiatrisch gesprek voorgesteld. Een gesprek met een nieuwe patiënt vergt immers een uitgebreid psychiatrisch interview en verslaggeving.

Ook de bijkomende honoraria voorzien in punt 3.1.1.2 zijn van toepassing.

3.1.2.5.3. Systeemgesprek

Het betreft hier een psychiatrisch gesprek met een of meerdere gezins- of familieleden die een rol spelen in de dagelijkse begeleiding van de patiënt al dan niet in aanwezigheid van de patiënt maar met zijn medeweten en toestemming. Voor dit gesprek voor volwassenen wordt een duur van 1 uur of RVU 3 voorgesteld. In de kinder- en jeugdpsychiatrie wordt rekening gehouden met een duur van 80 min, evenwaardig met een RVU 4. Systeemgesprekken via videoverbinding worden gehonoreerd aan 80 % (resp. RVU 2,4 en 3,2). Frequentieregels moeten worden vastgesteld.

3.1.2.5.4. Diagnostisch gesprek

Psychiatrisch diagnostische verstrekkingen van lange duur (2 uur) zijn aangewezen o.m. bij assessment van ontwikkelings- en persoonlijkheidsstoornissen, ernstige traumaproblematiek, stemmingsstoornissen en angststoornissen, cognitieve problematiek. Dit omvat ook het afnemen van gestandaardiseerde vragenlijsten en psychodiagnostische tests.

Deze kunnen slechts met een beperkte frequentie van 1 à 2 maal per patiënt worden aangerekend. Een RVU-waarde 6 wordt toegepast zowel voor kinderen, jongeren en volwassenen.

3.1.2.5.5. Bijzondere psychiatrische gesprekken

Verder zijn er een aantal bijzondere omstandigheden waarvoor een specifieke raadpleging plaatsvindt. Het gaat hier onder meer om gesprekken met patiënt met transitieleeftijd (16/18-

23 jaar) waarbij de overgang van jeugdpsychiatrie naar volwassenpsychiatrie wordt afgestemd met de patiënt en de betrokken psychiaters. Een RVU 3 wordt voorgesteld dat kan worden toegekend aan maximum twee psychiaters en maximaal tweemaal worden aangerekend.

Tot slot zijn er ook de gesprekken op vraag van de rechterlijke macht in het kader van de vrijwillige behandeling onder voorwaarden. Hierbij wordt resp. een RVU-waarde 3 voorzien. Evenwel moet worden nagegaan of dit via de verzekering geneeskundige verzorging moet worden gefinancierd en of ook andere disciplines zoals huisartsen in aanmerking komen voor deze vergoeding.

3.1.2.5.6. Groepsgesprekken

Psychiatrische groepsgesprekken (psychotherapie of psycho-educatie) vormen een type van raadplegingen dat in de geestelijke gezondheidszorg voorkomt. Voorwaarde van aanrekening is de fysische aanwezigheid van de psychiater.

Hierbij worden drie categorieën onderscheiden:

- groepsgesprekken voor volwassenen (90 min) voor een groep tot maximum 10 patiënten, per patiënt: RVU 0,7.
- idem voor kinderen en jongeren (90 min) voor een groep van 2 tot 6 patiënten, per patiënt; RVU 1.
- idem voor ouders of wettelijke vertegenwoordigers (al dan niet in aanwezigheid van het kind of jongere) (120 min) voor een groep van 2 tot 6 patiënten, per patiënt van minder dan 18 jaar: RVU 1,3.

Tot slot moet worden gewezen op het belang van een goede definitie van de verschillende gesprekken en van precieze toepassingsregels, o.m. inzake de toegestane frequentie van de verschillende types gesprekken. In het verslag van de geraadpleegde experts werden een aantal suggesties geformuleerd.

3.1.2.6. Genetica

Op het vlak van genetica wordt een onderscheid gemaakt tussen een basisraadpleging uitgevoerd door een specialist voor medische genetica enerzijds en voor de verstrekkingen voor genetische counseling zoals vervat in de overeenkomst met de centra voor menselijke erfelijkheid anderzijds.

Met betrekking tot de basisraadpleging wordt voorgesteld een RVU waarde 2 vast te stellen, ongeacht of deze wordt uitgevoerd in een centrum voor menselijke erfelijkheid of een ander centrum.

Wat genetic counseling betreft wordt in de lopende overeenkomst met de centra een onderscheid gemaakt tussen standaard genetic counseling en complexe genetic counseling. Voor de standaard genetic counseling wordt een forfaitaire tijdsduur van 2u voorzien (RVU 6) en voor de complexe genetic counseling wordt een forfaitair bedrag ten belope van 6 u voorzien (RVU 12), ongeacht het aantal contacten. Genetic counseling verloopt in verschillende etappes.

Naargelang de aard van de genetische problematiek zullen 2 of meerdere patiëntencontacten van 1 uur vereist zijn en kunnen ook andere familieleden bij deze counseling worden betrokken. Veelal wordt naast de patiënt ook de familie betrokken en gaat dit gepaard met een multidisciplinair overleg. De honoraria voor genetic counseling mogen slechts éénmaal per patiënt en per diagnostisch bilan worden aangerekend.

De toeslagen voor een nieuwe patiënt en voor *out of hours* counseling vinden geen toepassing.

3.1.2.7 Preoperatieve raadpleging anesthesist

De raadpleging voorafgaand aan een verstrekking onder algemene of locoregionale anesthesie die door de anesthesist fysiek gebeurt bij een ambulante patiënt, minimaal 2 werkdagen voor de geplande opname met een heelkundige ingreep, en niet enkel bestaat uit het overlopen van een vragenlijst, wordt gewaardeerd met de RVU van de raadpleging van de anesthesist. Verslag en melding in de hubs is vereist.

3.1.2.8 Revalidatie buiten ziekenhuisopname

3.1.2.8.1. Fysische geneeskunde

De huidige verstrekkingen van de nomenclatuur op het vlak van de revalidatie vertonen een specifiek karakter: deze zijn multidisciplinair van aard (arts, kine, ergo, ...) en kunnen uitgevoerd worden in een ambulante revalidatiecentrum (950, 951, 771) of in een dienst fysische geneeskunde van een erkend ziekenhuis. In het kader van de ACA-werkgroep werd getracht om het professioneel honorarium van de artsen-specialisten in de fysische geneeskunde en revalidatie te identificeren en te waarderen.

Met betrekking tot de ambulante verstrekkingen werden drie elementen onderscheiden: opmaak van een revalidatieplan, opvolging van een revalidatieplan en afsluiting van een revalidatieplan. Voor elk van deze elementen werden 5 verschillende niveaus vastgesteld in functie van de duur en intensiteit van de betrokken verstrekkingen, die werd afgeleid uit de zwaarte van de pathologie zoals die in de huidige nomenclatuur wordt weerspiegeld (zie bijlage). Een clustering van deze classificatie is volgens de werkgroep aangewezen.

Voor niveau 1-2 is de opmaak van het revalidatieplan begrepen in de RVU-waarde van de raadpleging van de revalidatiearts, voor niveau 3 en 4 geldt een RVU 2. Voor niveau 5 (verstrekkingen in gespecialiseerde revalidatiecentra 771) wordt een RVU 3 voorgesteld aangezien dit een specifiek medisch bilan impliceert. Het revalidatieplan wordt in het verslag aan de andere zorgverleners opgenomen en is in de Hubs consulteerbaar.

Voorvoemde verstrekkingen kunnen enkel éénmalig worden aangerekend bij de start.

Voor de opvolging van het revalidatieplan wordt per dag behandeling een RVU van 0,20 tot max 1 voorgesteld in functie van het betrokken revalidatieniveaus of de cluster van niveaus.

Het maximaal aantal revalidatiedagen dat voor de verschillende niveaus wordt voorzien moet worden vastgesteld in de toepassingsregels.

Bij de afsluiting van het revalidatieplan gelden dezelfde waarden als voor de opmaak ervan. Ook hier geldt een eenmalige aanrekening.

3.1.2.8.2. Andere revalidatieverstrekingen

Ook moeten de verstrekingen en RVU-waarden op een analoge manier worden bepaald voor revalidatieverstrekingen verleend buiten het kader van de fysieke geneeskunde.

3.1.3. *Bezoeken*

3.1.3.1. Huisartsen

De werkgroep suggereert om het professioneel honorarium voor een bezoek op verzoek van de patiënt op dezelfde hoogte in te schalen als een basisraadpleging.

Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen bezoeken bij de patiënt thuis, verblijvend in een woonvoorziening of in het ziekenhuis.

Dezelfde toeslagen als bij de '*out of hours*' raadplegingen zijn van toepassing.

Ook voor bezoeken gelden mutatis mutandis dezelfde regels op het vlak van de bijkomende honoraria (nieuwe patiënt, ...) (zie 3.1.1.2).

Voor elke verplaatsing wordt aan het honorarium voor het bezoek een kostentoeslag toegevoegd met een RVU 1.

Bij meervoudige bezoeken wordt de kostencomponent per patiënt als volgt gefactureerd (1 = 1, 2 = 0,5 en 3 en meer = 0,33).

Tenslotte zijn er ook bezoeken die in een bijzondere context plaatsvinden, zoals het bezoek aan palliatieve patiënten. Zoals hoger vermeld is hier een zorgtraject in ontwikkeling waarover geen nadere informatie werd bekomen.

3.1.3.2. Andere specialisten

3.1.3.2.1. Algemeen

In de werkgroep werd het wenselijk geacht ook bezoeken van een andere specialist mogelijk te maken, uitsluitend op verzoek van de huisarts. Hierbij zou het honorarium van de basisraadpleging van de betrokken basisdiscipline kunnen worden in rekening gebracht, verhoogd met de kostencomponent (RVU 1) voor verplaatsingen en de bijkomende honoraria voorzien in punt 3.1.1.2. Hierbij kan o.m. gedacht worden aan bezoeken door de geriater in de woonzorgcentra..

3.1.3.2.2. Psychiatrie

In het kader van de hervormingen van de geestelijke gezondheidszorg wordt de jongste jaren meer ingezet op mobiele teamwerking. In het kader van de bestaande overeenkomst kunnen door de psychiaters enerzijds een begrensd aantal bezoeken per patiënt worden aangerekend en wordt anderzijds een forfaitaire vergoeding voorzien van 13 uur per week voor de psychiater in een mobiel team 2A of 2B.

Het regulier bezoek in het kader van een mobiel team wordt gewaardeerd op RVU 6, desgevallend aangevuld met een aangepaste RVU waarde voor *out of hours* bezoeken.

De forfaitaire uurvergoeding (13 uur per week) bekomt logischerwijze een RVU 3/uur. De werkgroep wijst op de noodzaak om de inhoud van dit honorarium correct te definiëren. Momenteel wordt de forfaitaire uurvergoeding niet via de nomenclatuur vergoed. De werkgroep acht het logisch dat de betrokken middelen in de honorariummassa van de artsen wordt geïntegreerd. Momenteel is deze regeling niet van toepassing voor jongeren beneden 18 j./

Aan de werkgroep werd meegedeeld dat door de Beleidscel overleg wordt gepleegd of en onder welke voorwaarden door de netwerken geestelijke gezondheidszorg psychiatrie urgentiebezoeken op locatie kunnen worden georganiseerd. Indien dit project doorgang zou vinden zou bij het vaststellen van het honorarium kunnen worden uitgegaan van dezelfde vergoeding als bij de mobiele teams, met een toeslag voor *out of hours* bezoeken.

3.2. Algemene ziekenhuisverstrekkingen

De werkgroep benadrukt het belang om een grotere aandacht te besteden aan de niet-technische ziekenhuisverstrekkingen. Dit moet toelaten om de aanwezigheid van en de samenwerking tussen ziekenhuisartsen te bevorderen en te versterken.

3.2.1. *Opname*

De intake bij een ziekenhuisverblijf vergt een goede voorbereiding en de samenstelling van een goed opnamedossier door de behandelende arts met de noodzakelijke aandachtspunten met betrekking tot de te behandelen patiënt.

De werkgroep stelt voor om hierbij een onderscheid te maken tussen de zgn. electieve opnames, waaraan meestal reeds eerdere raadplegingen zijn voorafgaan en de ongeplande opnames, al dan niet via spoed, waarbij binnen een zeer kort tijdsbestek een overzichts dossier moet worden samengesteld.

De RVU van de intake bij electieve opnames wordt gewaardeerd met RVU 1. Bij ongeplande opnames wordt deze waarde met een toeslag verdubbeld, voor zover er in de dertig dagen voorafgaand aan de opname geen patiëntencontact was met een arts van dezelfde discipline.

Voornoemde verstrekkingen kunnen slechts 1 maal per ziekenhuisverblijf worden aangerekend.

3.2.2. Ontslag

Een goed ontslagmanagement moet worden ondersteund. Hierbij moet in de eerste plaats gezorgd worden voor een goede informatie aan de zorgverleners die de patiënt verder opvolgen. De werkgroep stelt als principe voorop dat een verplicht verslag aan de huisarts zo snel als mogelijk moet worden overgemaakt en op de hubs beschikbaar is voor de zorgverleners die een therapeutische relatie hebben met de patiënt, binnen een nog vast te stellen termijn.

In de tweede plaats dient de verslaggeving over de opname gepaard te gaan met een 'care plan oversight', inzonderheid bij patiënten met een of meerdere chronische aandoening, dat de vrije keuze van de patiënt respecteert.

De werkgroep wenst hierbij een onderscheid te maken tussen opnames onder toezicht van een arts-specialist van een heelkundige discipline enerzijds en de andere opnames anderzijds. Voor opnames onder toezicht van een arts-specialist van een heelkundige discipline wordt de opmaak van het ontslagdossier gelijkgesteld met de waarde van een basisraadpleging (RVU 1). Bij opnames onder toezicht van een arts-specialist van een niet-heelkundige discipline wordt deze waarde verdubbeld (RVU 2).

Deze verstrekking kan slechts eenmaal per verblijf worden aangerekend.

3.2.3. Toezicht

De werkgroep is van oordeel dat een herziening van de toezichthonoraria moet worden overwogen met het oog op het waarborgen van een kwalitatieve opvolging van de patiënten. Er is geen objectieve reden om het toezicht degressief te honoreren. Alsdan is wel vereist dat de finaliteit en de inhoud van het toezicht beter en concreter wordt omschreven. Tevens moet voorzien worden in een aantal kwalitatieve aspecten, zoals de dagelijkse (7/7) rapportering in het elektronisch medisch dossier volgens de SOAP-methodiek (Subjectief, Objectief, Analyse, Plan).

De werkgroep stelt voor om de zgn. immuniteitsregels af te schaffen.

Voorgesteld wordt om het dagelijks toezicht van de gehospitaliseerde patiënt door de behandelende arts als volgt te waarderen:

- voor opnames onder toezicht van een arts-specialist van een heelkundige discipline, met inbegrip van de gynaecologie: RVU 0,5 per patiënt;
- voor de andere opnames: RVU 1, uitgezonderd voor opnames in dienst E, N* (RVU 1,5) en het verloskundig toezicht op de arbeid voorafgaand aan de bevalling (RVU 1,5, eenmaal aanrekenbaar op de dag van de partus)

Tenslotte moet een toeslag worden voorzien voor het toezicht tijdens het weekend- en op feestdagen, zoals ook bij de raadplegingen werd voorzien (zie 3.1.1.2.2).

3.2.4. *Consulten aan bed*

De werkgroep pleit ook voor een herwaardering van het professioneel honorarium ingeval door de behandelende arts een consult aan bed wordt aangevraagd door een arts van een ander basisspecialisme. Het betreft hier meestal ernstige situaties die een behoorlijke tijdsinvestering vergen.

De werkgroep stelt voor om het professioneel honorarium voor het consult aan bed, inclusief rapportering, te waarderen op de RVU-waarde van de raadpleging van de betrokken specialist. Uiteraard kan het aantal consulten niet nodeloos worden herhaald en moeten zgn. interne referrals worden vermeden. In de werkgroep wordt voorgesteld om te bepalen dat een consult ook de opvolging gedurende de volledige opname omvat, met uitzondering van consulten door de (kinder)psychiater, revalidatie-arts en geriater buiten de betrokken diensten.

3.2.5. *Dagziekenhuis*

De afgelopen jaren is het aandeel van het dagziekenhuis in belangrijke mate toegenomen. Het aantal opnames ligt hoger dan het aantal klassieke opnames. De ACA-activiteiten in het dagziekenhuis hebben betrekking op opname, toezicht en ontslag. Hierbij moet een onderscheid worden gemaakt tussen het chirurgisch en interventioneel dagziekenhuis enerzijds en het niet-chirurgisch en niet-interventioneel dagziekenhuis anderzijds. De betrokken verstrekkingen zijn cumuleerbaar met technische verstrekkingen, maar niet met raadplegingshonoraria.

3.2.5.1 Chirurgisch en interventioneel dagziekenhuis

Voorgesteld wordt om voor de verstrekkingen die in het dagziekenhuis mogen worden uitgevoerd een algemeen honorarium te voorzien ter vergoeding van de activiteiten gelinkt aan beheer en ontslag van de patiënt. De tijdsduur wordt geëvalueerd op 20 minuten, met RVU 1.

Wat het postoperatieve toezicht door de anesthesist betreft, moet ervan worden uitgegaan dat dit in de speciale verstrekking van de anesthesist is inbegrepen.

3.2.5.2 Niet-chirurgisch en niet-interventioneel dagziekenhuis

De verstrekkingen verleend in het niet-chirurgisch ziekenhuis zijn vrij divers en betreffen verschillende disciplines (geriatrie, psychiatrie, gastro-enterologie, pediatrie, onco-hematologie, reumatologie, ...). Ze hebben meestal een verschillende tijdsduur. Sommige verstrekkingen zijn pluridisciplinair van aard.

De werkgroep stelt voor om wat het niet-chirurgisch en niet-interventioneel dagziekenhuis betreft een onderscheid te maken, bijvoorbeeld naargelang het om diagnostiek of

inфуustherapie gaat. Gelet op het divers karakter van de betrokken verstrekkingen dient een lijst te worden opgesteld in functie van de tijdsduur.

Voorname RVU's vormen het professioneel gedeelte voor activiteiten met betrekking tot opname, toezicht/coördinatie en ontslag.

3.2.6 Thuishospitalisatie

Gelet op de lopende besprekingen over de evaluatie de thuishospitalisatie heeft de werkgroep zich niet gebogen over de inschaling van het toezicht bij de thuishospitalisatie.

3.3. Bijzondere ziekenhuisverstrekkingen

3.3.1. *Spoedgevallenzorg*

3.3.1.1. Algemeen

De grote belasting van de dienst spoedgevallen vormt sinds meerdere jaren het voorwerp van bekommernissen. Het is belangrijk dat initiatieven worden genomen én uitgevoerd om het beroep door patiënten op de dienst spoedgevallen af te remmen o.m. via goede afspraken met de huisartsen alsook via de toepassing van een voorafgaand en performant triagemechanisme. Bovendien kan vastgesteld worden dat de verhoging van de remgelden die de afgelopen jaren werd doorgevoerd niet geleid heeft tot een ombuiging van de trend. Tussen 2020 en 2024 steeg het aantal raadplegingen, exclusief de bijgeroepen specialisten, van 2,6 naar 3,3 miljoen. Tenslotte mag de link met de hervorming van het ziekenhuislandschap waarbij door een experten commissie van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid voorstellen voor een doelmatig beheer van de middelen (infrastructuur en manpower) werden geformuleerd (december 2025) niet uit het oog worden verloren.

De werkgroep is van oordeel dat de activiteiten en de daaruit voortvloeiende honoraria van de artsen-urgentisten werkzaam in de erkende functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg in volgende basiscomponenten kunnen worden ingedeeld:

- Permanentiehonoraaria, die de continue intramurale aanwezigheid van de artsen vergoeden (zie verder punt 3.6.1);
- Honoraria voor de individuele opvang, triage, raadpleging, verwijzing en ontslag;

Hierbij wordt rekening gehouden met de bevindingen van een internationale studie waarbij een gemiddelde duurtijd van een patiëntencontact van 47 min werd geobserveerd. Ter zake wordt een RVU 2,5 voorgesteld.

Hierbij worden desgevallend volgende bijkomende honoraria toegekend:

- enerzijds wordt een bijkomend honorarium voorzien naargelang de patiënt aansluitend wordt opgenomen in het ziekenhuis, zonder dat dit werd gepland (RVU 1).
- anderzijds geldt ook een bijkomend honorarium (RVU 2) wanneer de patiënt voor in de lokalen van de gespecialiseerde spoedgevallenzorg verblijft voor verlengde observatie met opname voor 24 u en ontslag na 8u of naar een dienst intensieve zorgen wordt doorverwezen.

In het honorarium voor toezicht en de bijkomende honoraria is de vergoeding voor beademing inbegrepen, ongeacht de methode.

- Honoraria voor bepaalde uitgevoerde technische prestaties.

Op deze wijze wordt verzekerd dat ook rekening worden gehouden met de intensiteit van de activiteit, zoals de reglementering voorziet.

De bijkomende honoraria voorzien in punt 3.1.1.2. vinden hier geen toepassing. Wel kunnen honorariatoeslagen voor *out of hours care* worden aangerekend (zie 3.6.2)

Voor artsen met een brevet acute geneeskunde wordt op de RVU een multiplicator 0,75 toegepast. Dit systeem heeft een uitdovend karakter.

Wat het permanentiehonorarium betreft worden dezelfde RVU voorgesteld als vermeld in punt 3.6.1.

3.3.1.2. Consulten bijgeroepen specialisten

Voorgesteld wordt om het honorarium van de bijgeroepen specialist die fysiek ter plaatse komt en een verslag opstelt te waarderen op de RVU van de raadpleging van de betrokken specialist, desgevallend aangevuld met de honorariatoeslagen voor *out of hours care*.

Hierbij moet rekening gehouden worden met de spoedeisende psychiatrische interventies. Hierbij wordt een RVU 3 of 6 voorgesteld naargelang het gaat om volwassenen of kinderen/jongeren, desgevallend aangevuld met de honoraria voor *out of hours care* (zie 3.6.2)

3.3.1.3. Andere elementen

Aanvullend worden volgende voorstellen geformuleerd:

- externe MUG interventie (RVU 4,5) – cfr. medisch begeleid transport (zie verder 3.5).
- interne acute interventie door een urgentiearts voor een opgenomen ziekenhuispatiënt (RVU 1,5).
- interventie in het kader van een rampenplan vanaf de officiële aankondiging tot het vastgestelde einduur. De vraag rijst of dit niet ten laste moet komen van de FOD Binnenlandse Zaken.

3.3.2. Intensieve zorg

3.3.2.1. Algemeen

De honorariumopbouw van de specialisten in de intensieve geneeskunde bevat volgende componenten:

- Permanentiehonoraria, die de continue intramurale aanwezigheid van de artsen vergoeden (zie 3.6.1.);
- Honoraria voor de opname, toezicht, beheer, overleg en ontslag van de patiënten:

Het installatiehonorarium bij opname voor 24 u en ontslag na 8 u wordt vastgesteld op RVU 4. Hierbij komt een toeslag van RVU 2 indien de opname via de erkende functie spoedgevallen gebeurt of vanuit een verpleegafdeling. Het installatiehonorarium kan gecumuleerd worden met een *out of hours* vergoeding (zie 3.6.2)

Per dag toezicht vanaf de dag na de opname wordt een RVU 4 voorgesteld, met inbegrip van beademing en monitoring.

Bij ontslag wordt geen toezicht voorzien, maar wordt een honorarium met RVU 2 aangerekend, met uitzondering van de situatie waarbij de ontslagdatum dezelfde datum is als de opnamedatum. Dit honorarium includeert een verplicht verslag voor de huisarts en behandelende arts.

- Honoraria voor technisch toezicht bij een aantal specifieke invasieve technische verstrekkingen, op basis van een limitatieve lijst (zie bijlage 1, hoofdstuk 2.F.). Dit laat toe rekening te houden met de ernst van de pathologie.

Voor de honorering van de monitoring met invasieve technische apparatuur wordt een toeslag het toezicht voorzien. Dit bedraagt voor ECMO en ventriculaire assist + RVU 2, voor RVU ICP + RVU 1,2 voor dialyse of CVVH +RVU 1 en voor hartdebiet met thermodilutie + RVU 0,4 met een maximum van 3 dagen. Deze toeslagen worden ingeschaald op level 3 van complexiteit en risico, gelet op de bijzonder vereiste expertise

Het maximum aantal aan te rekenen toezichtshonoraria bedraagt 365 per jaar per verantwoord bed.

3.3.2.2. Andere elementen

Tevens stelt de werkgroep voor een opvolgingsraadpleging na (langdurig) verblijf op intensieve zorgen van minstens (30 dagen / 6 weken) te voorzien met RVU 1,5. Deze verstrekking kan slechts aangerekend worden binnen een periode van 3 maanden na de opname op intensieve zorgen, met maximum 2 raadplegingen per patiënt met verplichte verslaggeving aan de behandelende artsen.

Interne noodoproepen.

Er wordt ook een honorarium voorzien voor de acute interventie bij een ziekenhuispatiënt door een arts intensieve zorg (bijv. hartstilstand, ...). Hiervoor wordt een RVU 1,5 vooropgesteld.

Voor continue bewaking van de hartfunctie met behulp van een intra-arteriële katheter in een eenheid buiten een functie intensieve zorgen en buiten narcose, chirurgische en verloskundige ingrepen en hartfunctietest wordt een RVU 2/dag voorgesteld, voor maximum twee dagen. Dezelfde waarde en tijdsbegrenzing geldt voor de bewaking van gecontroleerde of ondersteunde kunstmatige beademing, onder tracheale intubatie of tracheotomie buiten narcose, inclusief capnometrie.

Een bijzonder aandachtspunt vormt transplantatie en donormanagement. In dit verband moet gewezen worden op het feit dat een werkgroep bestaande uit leden van de BTC, de FOD Volksgezondheid en het Riziv (met inbegrip van een vertegenwoordiging van de Technisch Geneeskundige Raad) werd belast met het uitwerken van een geactualiseerd financieringsmodel.

3.3.3. Neonatologie

3.3.3.1. Algemeen

In dit domein kunnen de activiteiten en de daaruit voortvloeiende honoraria van de artsen-neonatologen in drie onderdelen worden opgesplitst, naar analogie met de artsen werkzaam in de diensten intensieve zorg, met name:

- Permanentiehonoraria, die de continue intramurale aanwezigheid van de artsen vergoeden (zie 3.6.1);
- Toezicht en beheer van de neonaat in functie van volgende parameters van de pasgeborene, en in volgende sequentie in functie van de geboortedatum van het kind:
 - o zwangerschapsduur < 28 weken
 - o zwangerschapsduur tussen 28-33 weken
 - o zwangerschapsduur > 33 weken
 - o postoperatief

Het honorarium voor dit continue toezicht bedraagt RVU 6 per patiënt/per dag bij zwangerschapsduur < 28 weken, RVU 5 bij zwangerschapsduur tussen 28-33 weken en RVU 4 bij zwangerschapsduur > 33 weken en RVU 5 voor postoperatieve opnames. Een bijkomend honorarium wordt voorzien voor de eerste dag wanneer de installatie van de patiënt *out of hours* plaatsvindt (zie 3.6.2).

Op de dag van ontslag kan enkel het honorarium voor ontslagmanagement (RVU 2) worden aangerekend. Dit honorarium kan niet aangerekend worden als de ontslagdatum dezelfde is als de opnamedatum. Dit includeert verplichte verslaggeving.

- Honoraria voor toezicht bij bepaalde specifieke technische verstrekkingen

Een toeslag op het toezichtshonorarium met RVU waarde 1,8 wordt toegekend bij continue ICP-monitoring bij neonaten < 28 weken en 0,8 tussen 28-33 weken en > 33 weken. De

technische toezichtshonoraria worden ingeschaald op level 3 op het vlak van risico en complexiteit.

Het maximumaantal aan te rekenen honoraria bedraagt 365 dagen per verantwoord bed.

3.3.3.2. Andere elementen

Er wordt ook een honorarium voorzien voor het prenataal consult door een neonatoloog op vraag van een gynaecoloog die een congenitale afwijking vaststelt, gelijk aan de RVU 2.

Parallel met het honorarium voor personen met een langdurig verblijf op een dienst intensieve zorg wordt ook een honorarium voor een opvolgingsraadpleging door de pediater voorzien voor prematuren (< 33 weken zwangerschapsduur) die minstens twee maanden waren opgenomen op een NIC-afdeling. Hiervoor wordt een tijdslot van 40 minuten vergoed (RVU 2). Dit honorarium is maximum 2x aanrekenbaar.

Voor medisch begeleid transport: zie verder

Quid Mic: dringende verstrekkingen ? toezicht ?

3.3.4. Psychiatrie

3.3.4.1. Opname en ontslag

Voor opname in en ontslag uit een psychiatrisch ziekenhuis of een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis gelden dezelfde principes als bedoeld in punt 3.2.1. en 3.2.2. Dit impliceert de opmaak van een opnamedossier, zorgplanning na ontslag, maar ook contactname met behandelende zorgverleners en familieleden.

Hierbij lijkt het verantwoord een onderscheid in tijdsduur te maken tussen de opname van volwassenen en kinderen en jongeren < 18 jaar. Een RVU van 3 en 4.5 wordt vooropgesteld. Bij ontslag gelden RVU 2 voor volwassenen en RVU 3,5 voor kinderen en jongeren, met inbegrip van de verslaggeving.

3.3.4.2. Toezicht

In afwijking met wat voor andere opnames wordt voorgesteld, wordt voor de psychiatrische opnames van volwassenen in algemene en psychiatrische ziekenhuizen rekening gehouden met een degressief toezichthonorarium vanaf de 21ste dag.

De te vergoeden dagelijkse tijdsduur wordt geraamd op RVU 1,2 tot dag 21, RVU 0,5 tussen dag 22 en 90 en RVU 0,2 vanaf dag 91.

Voor kinderen en jongeren (<18j) wordt geen degressiviteit voorgesteld, maar een permanent dagelijks toezicht van 30 min (RVU 1,8). Ook voor toezicht voor patiënten tussen 18 en 23 jaar wordt een toeslag bij toezicht voorzien (RVU 0,3)

Voor toezicht op intensieve behandel eenheden (IB) wordt een permanent dagelijks toezicht voorzien van 50 min (RVU 2,5). Voor andere intensieve behandel eenheden (For K IBE-bed en For-K-bed) wordt aan het toezichthonorarium een toeslag gekoppeld, rekening houdend met de specifieke verslaggeving en intensiteit die hierbij wordt geleverd (RVU 2 voor For K IBE en For-K).

Quid bij therapeutisch verloop of partiële hospitalisatie ?

3.3.4.3. Consulten

Psychiaters worden regelmatig bijgeroepen voor consulten bij een patiënt opgenomen buiten een dienst psychiatrie of kinderpsychiatrie. Dit wordt veelal als liaison bestempeld.

Het doel van een "liaison consult" bestaat erin om de psychiatrische en/of psychosociale problemen te beoordelen en te behandelen bij patiënten die zich aanmelden met somatische klachten of medische aandoeningen.

De noodzakelijke tijdsduur voor een eerste consult wordt geëvalueerd op 60 min voor volwassenen en 120 min voor kinderen en jongeren (RVU 3 en RVU 6). Opvolgconsulten bekomen een RVU van resp. 1 en 1,8. Deze kunnen zoals thans voor volwassen patiënten éénmaal per begonnen periode van 7 dagen aangerekend worden en voor kinderen en jongeren 6 maal de eerste week en 3 maal tijdens de daaropvolgende weken.

Omgekeerd verdient ook de somatische zorg van psychiatrische patiënten in een psychiatrisch ziekenhuis of een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis specifieke aandacht. Zo dient voor iedere patiënt die wordt opgenomen in een psychiatrische setting een systematische medische controle bij opname te gebeuren en een behandel- en nazorgplan te worden opgesteld dat zowel de psychiatrische als de somatische zorg omvat (RVU 2)

3.3.5. Revalidatie bij ziekenhuisopname

Voor opgenomen patiënten in revalidatiediensten wordt dezelfde systematiek voor opmaak en opvolging van een revalidatieplan (opdeling in 5 niveaus of geclusterde niveaus) voorgesteld als voor de ambulante revalidatieverstrekingen.

Ook dezelfde RVU-waarden worden toegepast voor de opmaak van het revalidatieplan (naargelang de niveau-classificatie van de patiënt, zie punt 3.1.2.8).

Bij opname en ontslag gelden de regels voor de algemene verstrekingen (RVU 1 of 2 – zie 3.2.1).

Ook voor het toezicht op een patiënt opgenomen op een revalidatiedienst (Sp, ...) wordt voorgesteld om de regels van de algemene verstrekingen te volgen. Per dag wordt voor het toezicht van de patiënt een RVU 1 toegekend.

Voor consulten aan bed in andere dan de revalidatiediensten gelden de algemene regels, met andere woorden de RVU van de raadpleging van de revalidatiearts.

Tenslotte is het ook mogelijk dat de arts-fysische geneeskunde en revalidatie wordt verzocht voor een opgenomen patiënt in een andere dan een revalidatiedienst een revalidatieplan op te stellen. Voor opmaak en opvolging van het revalidatieplan gelden dezelfde waarden als in de ambulante setting (3.1.2.8).

De ACA-werkgroep heeft ook vernomen dat over de problematiek van Sp-diensten in de FRZV een advies wordt voorbereid met het oog op het uitwerken van een vernieuwd organisatie- en financieringsmodel.

Zoals voor de ambulante revalidatie moeten ook hier analoge verstrekkingen en RVU-waarden worden vastgesteld in het kader van revalidatieverstrekkingen die worden uitgevoerd door niet-fysisch geneeskundigen.

3.4. Inter- en multidisciplinair overleg

De huidige nomenclatuur voorziet in een honorering van een aantal inter- en multidisciplinaire activiteiten. Dit is o.m. het geval voor oncologie, hematologie, (kinder)neurologie, geriatrie, (kinder- en jeugd)psychiatrie en nefrologie.

De analyse van de nomenclatuur toont aan dat ter zake thans een grote heterogeniteit bestaat qua inhoud, honorering en toepassingsregels. In de Technisch Geneeskundige Raad werd reeds de wenselijkheid aangegeven om een gemeenschappelijke sokkel te voorzien en een generieke structuur uit te werken. Hierbij moet rekening worden gehouden met het vereiste aantal deelnemers, de verschillende verantwoordelijkheden van de betrokken artsen en de specificiteit van de betrokken medische domeinen.

De werkgroep is geen voorstander om verstrekkingen in de nomenclatuur op te nemen die betrekking hebben op het overleg en contacten tussen twee artsen (zgn. bilateraal overleg). Voor enkele specifieke verstrekkingen die in de huidige nomenclatuur bestaan wordt dit wel voorzien (bv. overleg huisarts – kinderpsychiater). De werkgroep is immers van oordeel dat – behoudens in het geval van consulten aan bed en een expert opinion – zulks intrinsiek behoort tot een normale praktijkvoering.

De werkgroep stelt voor een verstrekking expertise op afstand door een arts-specialist in te voeren op vraag van een andere arts voor een limitatief aantal situaties en voor een beperkt aantal specialismen. De adviesaanvraag moet worden vermeld in het patiëntendossier. Hiervoor wordt een RVU 0,8 voorgesteld van de basisraadpleging van de betrokken specialist.

3.4.1. *Interdisciplinair overleg*

De werkgroep hanteert volgende omschrijving: “een gestructureerd overleg tussen artsen behorend tot minimum drie verschillende disciplines die persoonlijk bij de behandeling van de

patiënt zijn betrokken of die een diagnostische analyse hebben gesteld in het kader van het behandelingstraject van de patiënt.”

De contacten of diagnostische analyses zijn traceerbaar in de medische dossiers van de betrokken patiënten. Een verslaggeving aan de behandelende arts is verplicht.

Hierbij is de werkgroep van mening dat een onderscheid moet worden gemaakt tussen de behandelende arts of de rapporteur en de andere deelnemers. De deelname van de behandelende arts of rapporteur wordt gewaardeerd als een raadpleging met RVU 1. De deelname van de andere artsen wordt gewaardeerd als RVU 0,5. Per basisdiscipline (niveau 2) kan max. 1 arts worden vergoed. Nadere toepassingsregels moeten worden vastgesteld, o.m. op vlak van frequentie en de betrokken disciplines in functie van de pathologie.

3.4.2. Multidisciplinair overleg

De werkgroep hanteert volgende omschrijving: “een gestructureerd overleg met verslaggeving in het elektronisch medisch dossier tussen de behandelende arts en paramedische en andere zorgverleners”

Dit overleg kan plaatsvinden voor ambulante en voor in het ziekenhuis opgenomen patiënten.

De activiteit van de behandelende arts wordt gewaardeerd op RVU 0,5 per patiënt. Er wordt een toeslag voorzien voor coördinatie en verslaggeving van het overleg.

In het kader van de psychiatrische zorg worden hogere RVU voorgesteld, voor overlegmomenten van 60 en 90 minuten.

De betrokken verstrekkingen zijn maximum eenmaal per week aanrekenbaar. Voor de betrokken indicaties zullen gedetailleerde toepassingsregels worden vastgesteld, met betrekking tot frequentie en de te betrekken disciplines.

3.5 Medisch begeleid transport

Twee situaties kunnen hierbij worden onderscheiden: interventies van de mobiele urgentiegroep enerzijds en medisch begeleid transport tussen ziekenhuizen.

Wat de extramurale interventie van de mobiele urgentiegroep betreft, wordt de duur (heen/terug) van de tussenkomst geraamd op 90 min (RVU 4,5). Hetzelfde honorarium (RVU 4,5) geldt bij medisch transport naar een ziekenhuis of bij medisch transport naar een ander ziekenhuis met het oog op een dringend uit te voeren diagnosestelling en/of behandeling.

Basisvergoeding voor medisch begeleid transport door een neonatoloog naar een ander ziekenhuis. Duurtijd (heen/terug: 180 min): RVU 9

's Nachts of in weekends wordt een bijkomend honorarium toegevoegd. Complexiteit en risicofactor moeten nader worden vastgesteld.

Quid technische verstrekkingen ?

3.6. Permanentie en verstrekkingen tijdens de avond, weekend en feestdagen

3.6.1. Permanentie

De werkgroep huldigt het standpunt om de vergoeding voor permanentie op dezelfde manier te vergoeden voor alle betrokken artsen.

Zoals eerder gesteld, vergoedt een permanentiehonorarium de verplichte aanwezigheid in situ van de arts.

Deze vergoeding is enkel verschuldigd waar een permanentie reglementair is voorzien, ongeacht of ter zake een financiering is voorzien (zoals voor de MUG). De werkgroep dringt erop aan om bepaalde permanentievereisten te herzien, prioritair op het vlak van spoeddiensten met een MUG en traumacentra.

In deze vergoeding is het honorarium van de verstrekkingen die in de betrokken periode worden verleend niet inbegrepen.

Concreet wordt voor het permanentiehonorarium het volgende voorgesteld:

- Permanentiehonorarium tussen 8 en 18 uur: RVU 1/uur in de week; RVU 1,25/uur op zaterdag, zon- en feestdagen;
- Permanentiehonorarium tussen 18 en 23 uur: RVU 1,5/uur;
- Permanentiehonorarium tussen 23 en 8 uur: RVU 2/uur.

Dit permanentiehonorarium is van toepassing op huisartsenwachtposten, spoedgevallenzorg, intensieve zorg, neonatale intensieve zorg en 'maternale intensieve zorg' (MIC). Er is geen permanentiehonorarium overdag voor de huisartsenwachtposten in de week.

Het permanentiehonorarium bevat niet het honorarium voor de verstrekkingen die in de betrokken tijdsperiode worden verricht.

3.6.2 Toeslag bij de dringende verstrekkingen uitgevoerd tijdens de avond, weekend en feestdagen

De huidige nomenclatuur bevat geen eenvormige systematiek met betrekking tot dringende *out of hours* verstrekkingen. Bovendien zal door de opsplitsing van de technische verstrekkingen in een professioneel en kostengedeelte ook een herevaluatie moeten plaatsvinden.

Gesuggereerd wordt om een eenvormig model in te voeren waarbij een procentuele verhoging van het professioneel honorarium wordt voorzien.

Hierbij zouden volgende verhogingen worden toegepast voor de dringende medische verstrekkingen uitgevoerd tijdens de avond, weekend en feestdagen (raadplegingen, bezoeken, A en C-honoraria, technische verstrekkingen):

- Dagverstrekkingen 8-18 u (enkel zaterdag, zon- en feestdagen): +50 % op de honoraria van de uitgevoerde verstrekkingen (ingeval permanentie van de arts wordt vergoed) en 75 % (ingeval de arts geen permanentiehonorarium heeft).
- Avondverstrekkingen 18u-23u (alle dagen van de week, weekend, feestdagen): +75 % op de honoraria van de uitgevoerde verstrekkingen (ingeval permanentie van de arts wordt vergoed) en 100 % (ingeval de arts geen permanentiehonorarium heeft).
- Nachtverstrekkingen 23-8 u (alle dagen van de week, weekend, feestdagen): +100 % op de honoraria van de uitgevoerde verstrekkingen (ingeval permanentie van de arts wordt vergoed) en +125 % (ingeval van bijgeroepen artsen).

Deze verstrekkingen vergen een strikte en controleerbare registratie van de tijdstippen waarop de verstrekkingen werden uitgevoerd met inbegrip van verslaggeving.

3.7. Andere domeinen

3.7.1. Klinische biologie

De motivering tot het oprichten van deze subwerkgroep houdt verband met op de praktische onmogelijkheid om voor de verschillende testen van de klinische biologie het professioneel gedeelte van de honoraria vast te stellen.

Bij aanvang werd door de klinisch biologen experts een voorstel uitgewerkt waarbij voor het vaststellen van het professioneel gedeelte van de verschillende verstrekkingen vier elementen werden onderscheiden: de technische prestatienomenclatuur met een vergoeding per verstrekking (waarbij de testen in een 10-tal families worden geclusterd), de vergoeding voor het procesmanagement met een forfaitaire vergoeding per aanvraag (som van alle prestaties van een dag voor een patiënt), een vergoeding per opname (forfait in functie van de dienst) en een vergoeding per verblijf (forfait per dag uitgedrukt als percentage van de aangerekende intellectuele honoraria van de ziekenhuisartsen per verblijf).

Door de ACA-werkgroep werd erop aangedrongen om nauwer aan te sluiten bij de methodologie die door de werkgroep werd gehanteerd. Het werd noodzakelijk geacht om een beter inzicht te bekomen op de effectieve tijdsbesteding van de klinisch biologen zowel op klinisch als op het vlak van de organisatie van de laboactiviteit.

Hiertoe werd in samenwerking met Sciensano een enquête ontwikkeld waaraan door 68 % van de laboratoria werd deelgenomen (51,4 % van de verstrekkers), zie bijlage 10. In deze enquête werd gepeild naar de verdeling tussen de klinische activiteiten enerzijds en de beheersmatige activiteiten anderzijds. Onder klinische activiteiten werden inzonderheid de klinische analyse en validatie van de testen begrepen. Onder beheersmatige activiteiten werd onder meer verstaan: kwaliteitsanalyse, procesorganisatie, teambeheer, logistiek beheer, pré- en postanalyse, deelname aan ziekenhuisoverleg, IT. Uit de enquête kwam naar voor dat 60 % van de activiteit als klinisch kan worden beschouwd en 40 % als beheersmatige activiteiten kunnen worden gekwalificeerd. Uit die enquête kan ook worden afgeleid dat de wekelijkse

activiteit van de klinisch biologen ongeveer 50 u bedraagt. De specifieke ziekenhuisactiviteit bedraagt 6,5 u.

Op die basis stelt de ACA-werkgroep voor om bij de vaststelling van het professioneel honorarium van de klinisch biologen volgende elementen te onderscheiden:

3.7.1.1. Klinisch honorarium (factor 1)

Dit betreft het bedrag voor de klinische activiteit van de klinisch bioloog in functie van de RVU-waarden inzake duur en complexiteit van de alle bestaande nomenclatuurcodes.

Met het oog op het vaststellen van het klinisch honorarium werden de verschillende testen van de nomenclatuur (chemie en hematologie) opgedeeld in een zevental verschillende groepen. Voor elk van deze groepen werd een relatieve waarde in tijdsduur en complexiteit vastgesteld die door een panel van artsen werd gescoord en gevalideerd. De geïntegreerde tabel gaat in bijlage 5.

Zoals hoger vermeld wordt geschat dat deze activiteit 60 % vertegenwoordigt van de arbeidstijd van de klinisch biologen.

3.7.1.2 Honorarium beheersactiviteiten (factor 2)

Voor deze activiteiten wordt voorgesteld de bestaande situatie te handhaven waarbij forfaitaire honoraria worden vastgesteld.

Het bedrag hiervan wordt voor de ambulante patiënten vastgesteld per voorschrift en voor de gehospitaliseerde patiënten per opname of ligdag.

Voor het honorarium van de beheersactiviteit voor ambulante patiënten wordt voorgesteld te differentiëren op basis het totaal aantal RVU-waarden, uitgedrukt in minuten, per voorschrift. Wat de gehospitaliseerde patiënten worden deze waarden uitgedrukt op dagbasis.

Rekening houdend met voornoemde enquête is de relatieve waarde van het honorarium voor labomanagement logischerwijze 0,40 ten opzichte van het klinisch honorarium van de som van de uitgevoerde testen per patiënt/per dag.

3.7.1.3. Honorarium specifieke ziekenhuisactiviteiten

Bij de vaststelling van het professioneel honorarium van de klinisch bioloog voor in het ziekenhuis opgenomen patiënten moet rekening worden gehouden met het specifieke karakter van de ziekenhuissetting. Bij ziekenhuispatiënten gaat het veelal om een complexe diagnostische vraagstelling met naar gelang de aard van de pathologie ook de systematisch opvolging van klinische parameters tijdens het verblijf. Ook factoren zoals onder meer urgenties, interdisciplinair overleg, continue beschikbaarheid moeten in ogenschouw worden genomen.

De werkgroep stelt voor om gelet op bovenstaande elementen het klinisch en beheershonorarium te verhogen met een multiplicator 1,1.

In de werkgroep werd ook aandacht besteed aan het domein van de microbiologie dat sinds 2020 als een bijzonder specialisme wordt erkend.

In deze context werd gepoogd om de bestaande verouderde nomenclatuur te updaten.

Hierbij wordt rekening gehouden met de factoren tijd (alleen voor positieve uitkomsten) en complexiteit (rekening houdend met het vereiste niveau van expertise).

Deze elementen werden in voornoemde geïntegreerde expertentabel opgenomen.

De werkgroep wenst op deze basis een aantal concrete simulaties uit te werken.

Door de centrale werkgroep werd gewezen op de wenselijkheid om voor de financiering van de klinische biologie binnen een gesloten enveloppe vast te stellen.

3.7.2. Accreditering

De huidige nomenclatuur bevat voor een groot aantal ACA-verstrekingen en bepaalde speciale verstrekingen toeslagen op de honoraria voor geaccrediteerde artsen (de zgn. Q-waarden). Daarnaast wordt ook een jaarlijks forfaitair bedrag aan geaccrediteerde artsen toegekend.

Het betreft hier voor 2023 een globaal een bedrag van 518,6 miljoen EUR (479,0 mio EUR voor de raadplegingen en bezoeken, 15,5 mio EUR voor de speciale verstrekingen en 22,0 mio EUR voor het accrediteringsforfait.

De werkgroep is van oordeel dat, gelet op de complexiteit en de vastgestelde heterogeniteit tussen de verschillende disciplines, de betrokken Q-waarden niet langer worden gehanteerd. De werkgroep wenst evenwel dat het globaal bedrag van de betrokken middelen wordt gehandhaafd en in het bedrag van raadplegingen en bezoeken wordt geïntegreerd. Bovendien bestaat in de werkgroep eensgezindheid over het feit dat een forfaitair bedrag, dat de kosten voor de professionele bijscholing vergoedt, moet worden behouden. Een RVU 100/per jaar wordt voorgesteld.

Het beperkte resterende saldo kan worden aangewend voor herwaarderingen of nieuwe ACA-verstrekingen.

3.7.3 Kosten

Punt 4 van het hervormingsplan van de ziekenhuisorganisatie en -financiering, dat op 28 januari 2022 door de minister van Sociale zaken en Volksgezondheid werd voorgesteld, betreft de hervorming van de nomenclatuur. Hierbij wordt het volgende vermeld: "Finaal zullen de verstrekingen en het beschikbare budget worden onderverdeeld tussen een professioneel en een kostengedeelte. Voor de verschillende verstrekingen zal vervolgens een relatieve waarde-eenheid in EUR worden vastgesteld. De betrokken bedragen met betrekking tot de

werkingsmiddelen zullen tenslotte geïntegreerd worden in de DRG-forfaits of voorzien worden als een praktijktoelage voor ambulante verstrekkingen.”

De werkgroep heeft moeten vaststellen dat voor het bepalen van de kosten gelieerd aan de ACA-verstrekkingen geen pasklare bronnen beschikbaar waren voor het identificeren van de betrokken kosten.

De werkgroep is van oordeel dat de belangrijkste kostenelementen voor ACA-verstrekkingen betrekking hebben op infrastructuur (inrichting en onderhoud van onderzoeks- en wachtruimten), IT, administratieve ondersteuning en onthaal.

Er werd hierbij gepreciseerd dat de bestaande ‘praktijkpremie’ voor huisartsen slechts voor een beperkt deel kosten vergoed van IT, maar vooral tot doel heeft het gebruik van digitale toepassingen aan te moedigen. Wel wordt voor huisartsen administratieve ondersteuning gedeeltelijk ondersteund via tussenkomsten van de gemeenschappen.

Principieel stelt zich ook de vraag of de in het hervormingsplan bedoelde praktijktoelage forfaitair dan wel per verstrekking wordt vastgesteld alsook in welke mate zal worden rekening gehouden met het activiteitsniveau.

Met betrekking tot deze problematiek is het belangrijk om een antwoord te bekomen op een aantal vragen, zoals: wat is de precieze scope, welke werkingskosten kunnen in een praktijktoelage worden vervat, hoe verschillen de betrokken kosten tussen de verschillende praktijklocaties (ziekenhuis, private praktijken en poliklinieken), hoe vermijden we dubbele financiering, is de praktijktoelage gekoppeld aan een normering van de praktijken?

Op vraag van de werkgroep werden de vertegenwoordigers van de ziekenhuiskoepels (NL en FR) verzocht om data te verzamelen met betrekking tot de kosten van poliklinische activiteit, waarvoor noch op het vlak van de infrastructuur, noch op het vlak van het budget financiële middelen een betoelaging in de kosten is voorzien. Deze data werden tot heden niet aangeleverd.

In de werkgroep werd opgemerkt dat het niet tot het takenpakket van de verzekering gezondheidszorgen behoort om ‘private equity’ te stimuleren.

Finaal acht de werkgroep het technisch bijzonder complex en tijdrovend om de ACA-verstrekkingen op te splitsen in een professioneel en een kostendeel.

4. Besluiten, knelpunten en next steps

4.1. Algemene besluiten

4.1.1. Dit verslag geeft een samenvattend overzicht van de conclusies van de ACA-werkgroep. Deze zijn gebaseerd op de gewaardeerde input die vanuit het terrein werd aangereikt. Het document en de bijlagen vormen de basis voor de verdere uitwerking van de nomenclatuur voor de ACA-verstrekkingen.

4.1.2. De werkgroep is van oordeel dat de honoraria voor beschikbaarheid en clinical management niet via de nomenclatuur kunnen worden vergoed. De werkgroep is van oordeel dat de discussie over de vergoeding voor clinical management in het kader van de governance met de ziekenhuizen moet worden besproken.

4.2. Knelpunten

4.2.1. Een artsenorganisatie is van oordeel dat de inschaling van de raadplegingen (zie punt 3.1.1.1) geen accurate weergave is van de tijdsduur van de raadplegingen van sommige specialismen in vergelijking met de vooropgestelde waarde van de raadpleging voor huisartsen. Zij zijn van oordeel dat hierover verder overleg vereist is.

Hierbij wordt door de voorzitter opgemerkt dat bij de geplande simulaties moet worden nagegaan of en in welke mate de vooropgestelde objectieven van de nomenclatuurhervorming worden gerealiseerd.

4.2.2 Gelet op het feit dat door de werkgroep geen onderscheid kon worden gemaakt tussen het professioneel en kostengedeelte van de ACA verstrekkingen werd door de artsenbank voorgesteld om wettelijk te voorzien dat enkel directe kosten en inningskosten die door derden worden gemaakt en worden verantwoord met betrekking tot de ACA-verstrekkingen op deze verstrekkingen kunnen worden aangerekend. De vertegenwoordigers van de ziekenhuizen maken ter zake voorbehoud.

Door de werkgroep wordt wel aangedrongen op het voorzien van een praktijktoelage, onder nader te bepalen voorwaarden.

4.3. 'Blind spots'

De werkgroep is er zich van bewust dat het voorstel op een aantal punten nog verder moet worden geconcretiseerd.

Zo is het noodzakelijk om snel werk te maken van de concrete toepassingsregels voor de verschillende verstrekkingen (frequentie, cumulregels...).

Een aantal topics vergen nog verdere discussie (te checken): medisch transport, MIC, SP-diensten/geriatrie, thuishospitalisatie, telefonische raadplegingen, complexiteitslevels intensieve zorgen en neonatologie...

Op een aantal domeinen moet ook een goede alignering vereist met de bevindingen van de werkgroep ATMC (technische verstrekkingen huisartsen, duur van technische verstrekkingen bij kinderen,...).

4.4. Next steps

De RVU-waarden die voor de verschillende ACA verstrekkingen werden voorgesteld zullen in het vervolgtraject op een gemeenschappelijke interdisciplinaire schaal uitgezet samen met de andere nomenclatuurverstrekkingen.

De werkgroep dringt erop aan dat tussen de verschillende werkgroepen eenvormigheid wordt verzekerd bij het gewicht dat aan de verschillende factoren duur, risico en complexiteit wordt gegeven met het oog op de vaststelling van de intradisciplinaire schaal. Hiertoe wordt aangedrongen om op korte termijn de stuurgroep nomenclatuur samen te roepen.

De werkgroep acht het van belang om op korte termijn een aantal berekeningen uit te voeren op basis van beschikbare gegevens om de interne coherentie en het financiële impact van de voorstellen te kunnen beoordelen. Dit moet toelaten na te gaan of de vooropgestelde objectieven werden bereikt en zo nodig aanpassingen door te voeren.

BUDGETTAIRE WEERSLAG

ADMINISTRATIEVE WEERSLAG

PROCEDURE

OPDRACHT VAN DE NATIONALE COMMISSIE ARTSEN-ZIEKENFONDSEN

De Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen wordt verzocht kennis te nemen van deze rapportering.