

NATIONAAL AKKOORD ARTSEN – ZIEKENFONDSEN 2016-2017

Krachtens de artikelen 26,50 en 51 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, heeft de Nationale Commissie Artsen - Ziekenfondsen (hierna NCGZ) onder het voorzitterschap van de heer Johan De COCK op 22 december 2015 het navolgende akkoord gesloten voor de jaren 2016 en 2017.

1. CONTEXT

1.1. Dit akkoord artsen-ziekenfondsen komt tot stand in een bijzonder moeilijke budgettaire context. Overeenkomstig het begrotingstraject van de regering werd voor 2016 de stijging van het partieel begrotingsobjectief beperkt tot 1,55 %. Deze groeivoet laat niet toe de verstrekkingen te indexeren. Zodoende leveren de artsen een gelijkaardige inspanning zoals die aan de loontrekkende bevolking is gevraagd. Wel werd een enveloppe van 25 mio euro toegekend om een tweejarig akkoord tot stand te kunnen brengen.

Niettemin zijn de vertegenwoordigers van artsen en ziekenfondsen van oordeel dat deze omstandigheid geen reden is om bij de pakken te blijven zitten of geen verantwoordelijkheid te nemen.

1.2. In het voorliggend akkoord - dat wordt afgesloten voor een periode van twee jaar - wordt getracht een aantal perspectieven te ontwikkelen die gebaseerd zijn op een langetermijnvisie die een antwoord biedt op de uitdagingen van de toekomst.

Dit vertaalt zich concreet in een vijftal bijzondere aandachtspunten:

1.2.1. Uitgangspunt is de **centrale rol van de huisarts** die een cruciale opdracht heeft bij de preventie, de behandeling en oriëntering van de patiënt.

Twee basistools zijn hierbij prioritair: de ontwikkeling van een kwalitatief GMD om de goede opvolging van de patiënt in het zorglandschap te verzekeren enerzijds en de ontwikkeling van de mogelijkheden inzake E-gezondheid, die een administratief niet belastende manier van zorgverlening moet ondersteunen, anderzijds. Het is duidelijk dat zowel artsen, ziekenfondsen en overheid de nodige initiatieven moeten nemen. Het plan e gezondheid is hierbij een belangrijke leidraad. Om die reden worden specifieke initiatieven genomen om het GMD financieel te herwaarderen en worden financiële stimuli tot stand gebracht om het effectief gebruik van e-Gezondheidsdiensten te bevorderen.

1.2.2. Meer en meer treedt de noodzaak voor een meer **geïntegreerde zorgaanpak** op het voorplan.

Inter- en multidisciplinariteit zijn hierbij sleutelwoorden. De ontwikkeling van generieke zorgprogramma's in de chronische zorg is hierbij een fundamenteel instrument. In dit akkoord wordt terzake o.m. aandacht besteed aan de preventie en zorg voor diabetes maar ook aan de problematiek van polymedicatie. Ook de grotere bekommernis voor de problematiek van de arbeidsongeschiktheid moet in dit kader worden gesitueerd.

1.2.3. Continuïteit van zorg is in dit akkoord een belangrijk gegeven.

In de eerste plaats heeft deze betrekking op de problematiek van de wachtposten waarvoor een transparant financieel kader zal worden tot stand gebracht, maar waarbij ook moet verzekerd worden dat deze dienstverlening aansluit op spoeddiensten en andere betrokken zorgmodi zodat een globale aanpak wordt tot stand gebracht en een goed gebruik van middelen en structuren wordt gewaarborgd. Dit akkoord waarborgt daarom de verdere uitbouw van de huisartsenwachtposten voor zover ze een efficiënte werking tot stand brengen, een voldoende bereik hebben in tijd en ruimte en beschikken over een afsprakenplan met andere zorgactoren.

1.2.4. Doelmatige zorg vormt een ander aandachtspunt.

Het niet-gerechtvaardigd gebruik van diagnostische en therapeutische procedures moet waar mogelijk worden teruggedrongen. Alleen op die wijze kan voldoende ruimte worden geschapen voor nieuwe en innovatieve technieken met bewezen deugdelijkheid. De heroriëntering van een aantal middelen in de klinische biologie en medische beeldvorming laat toe om een aantal nieuwe meettechnieken in de diabetologie te ondersteunen, de terugbetaling van de OCT techniek voor te bereiden, de oncologische chirurgie beter te waarderen en de intellectuele verstrekkingen van sommige specialismen beter te honoreren. Verder worden inspanningen geleverd met betrekking tot het realiseren van concrete gezondheidsdoelstellingen (GMD, terugdringen sectio's, hervorming accreditering).

1.2.5. Last but not least is het thema **toegankelijke zorg** en financiële transparantie, dat een basiselement is bij afspraken tussen artsen en ziekenfondsen.

Een akkoordensysteem is er mede op gericht om de betaalbaarheid en toegankelijkheid tot de zorg te verzekeren. Uit het jongste rapport over de performantie van de Belgische gezondheidszorg dat zonet door het KCE werd goedgekeurd blijkt dat het aantal gezinnen die zorg uitstellen om financiële redenen aanzienlijk blijft. De NCGZ is er ten eerste op bedacht om uitsluiting terzake te vermijden. De afgelopen jaren werden hier reeds heel wat initiatieven genomen (wet transparantie, verplichte derde betalende voor voorkeurgerechtigden, verbod ereloonsupplementen twee persoonskamers bij klassieke en dag hospitalisatie). Niettemin zullen in de looptijd van dit akkoord op een aantal domeinen verdere stappen worden gezet om ongelijkheden in de zorg en financiële drempels die de toegang tot de zorg zouden kunnen belemmeren weg te nemen. Concreet zullen initiatieven worden genomen op het vlak van ereloonsupplementen klinische biologie, pathologische anatomie en genetica, op het vlak van borstreconstructies na kanker en op het vlak van de concretisering van voorafgaandelijke informatieplicht van de zorgverlener via het afleveren van een kostenraming. Bovendien zal ook een diepgaande discussie worden gevoerd over de problematiek van de ereloonsupplementen en de gevolgen ervan voor de toegankelijkheid van de geneeskundige verzorging. Dit akkoord leidt niet tot de invoering of verhoging van bijkomende remgelden.

1.3. De NCGZ is van oordeel dat dit **tweejarig akkoord** een belangrijke stap zet naar de realisatie van hogervermelde objectieven. Door dit akkoord te ondertekenen wordt een nieuwe bijdrage geleverd aan een solidair stelsel van gezondheidszorg. Evenwel wordt voorzien dat het akkoord automatisch een einde neemt wanneer bepaalde maatregelen zouden worden genomen.

2. PARTIELE BEGROTINGSDOELSTELLING 2016

De NCGZ stelt vast dat de regering op 23 oktober 2015 een beslissing heeft genomen met betrekking tot de vaststelling van de globale begrotingsdoelstelling 2016 en de uitsplitsing ervan in partiële begrotingsdoelstellingen.

De partiële begrotingsdoelstelling voor de honoraria van de artsen wordt voor 2016 vastgesteld op 7.891.112 duizend euro, verhoogd met een bedrag van 151.197 duizend euro voor de honoraria inzake nierdialyse.

Voor genoemde bedragen liggen respectievelijk 1,92 % hoger en 0,48 % lager dan de jongste technische ramingen van het RIZIV voor het jaar 2015.

De enveloppes voor klinische biologie en medische beeldvorming worden respectievelijk vastgesteld op 1.279.875 duizend EUR en op 1.227.056 duizend EUR, dat is respectievelijk 0,20 % en 1,75 % hoger dan de jongste technische ramingen van het RIZIV voor het jaar 2015.

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. De niet-toekenning van de indexmassa voor 2016 draagt bij tot deze inspanning. Voor de honoraria van de artsen bedraagt die inspanning 48,827 miljoen euro.

In de sector klinische biologie zal in de loop van 2016 een besparing worden doorgevoerd ten belope van een netto bedrag van 20 mio EUR. Een inspanning van 3,959 mio EUR voorzien in de partiële begrotingsdoelstelling wordt hierbij geïntegreerd. Het bedrag van 20 mio EUR zal worden aangewend voor de projecten hierna vermeld in het punt 4.2.5.

4. MAATREGELEN

Binnen het vastgestelde financiële kader, opgenomen in bijlage bij dit akkoord, beslist de NCGZ volgende maatregelen te nemen:

4.1. Maatregelen met betrekking tot de huisartsen

4.1.1. Gelet op de algemene maatregel van **indexbevriezing** blijven de honoraria van de huisartsen gehandhaafd op het niveau van 31 december 2015.

4.1.2. Meer dan ooit is het **GMD** een centraal gegeven in de goede praktijkvoering van de huisarts. Een verdere uitbouw hiervan is dan ook noodzakelijk.

Rekening houdend met de beperkte middelen dienen dan ook prioriteiten te worden gesteld en moet gefocust worden op patiënten waarvoor een bijkomende zorginspanning moet worden geleverd en waarvoor een specifieke zorgcoördinatie door de huisarts moet worden verzekerd.

4.1.2.1. Met dat doel wordt voorgesteld om in een eerste fase voor de patiënten met het statuut chronisch zieke in de leeftijdscategorie 45-74 jaar een verhoging van het GMD bedrag toe te kennen tot 55 EUR. Het bedrag van deze verhoging zal voor de GMD's die in

het eerste semester 2016 werden geopend of verlengd worden uitbetaald door de verzekeringsinstellingen aan de huisartsen in de loop van het tweede semester 2016. Vanaf 1 juli 2016 zal het verhoogd bedrag van 55 EUR onmiddellijk kunnen worden aangerekend aan de patiënt of betaald door de verzekeringsinstelling. Het GMD+ wordt als dusdanig niet verder verlengd maar geïntegreerd in het GMD.

4.1.2.2. Als tegenprestatie zullen de huisartsen een aantal parameters in het GMD registreren die in de loop van 2017, op basis van afspraken in de schoot van de NCGZ, voor klinische evaluatie vanuit het EMD worden uitgewisseld met andere zorgverleners alsook in het kader van kwaliteitsinitiatieven. Hierbij zal rekening worden gehouden met de uitrol van het plan e-gezondheid. Deze parameters hebben betrekking op de preventie, de opvolging van de patiënt en het delen van gegevens met andere zorgverleners. Mogelijke voorbeelden: roken, vaccinatie, bevolkingscreening, klinische parameters (BMI, Bloeddruk) , biologische analyses (eGFR)

4.1.2.3. Op basis van de analyse van de DGEC van het RIZIV die thans wordt uitgevoerd met betrekking tot het huidig gebruik en de kwaliteit van het GMD zullen voorstellen tot verbetering en aanpassing worden geformuleerd en na advies van de NRKP door de NCGZ worden geïmplementeerd.

4.1.3. Begin 2016 gaat het zogenaamde **voortraject diabetes** van start. Dit beoogt de tenlasteneming van patiënten met diabetes type 2, voor wie geen zorgtraject of diabetesconventie van toepassing is.

4.1.3.1. Dienaangaande wordt een specifieke verstrekking ingevoerd die een jaarlijkse vergoeding van 20 EUR invoert voor de huisarts voor de successieve besprekingen met de patiënt van het zorgprotocol en voor het registreren van de doelstellingen en de nodige klinische en biologische gegevens in het GMD.

4.1.3.2. In 2017 zal, met respect van het only-once principe, een geanonimiseerde gegevensoverdracht aan het healthdataplatform worden georganiseerd teneinde de impact van het voornoemde voortraject op de kwaliteit van zorg te evalueren, bij toepassing van het KB van 30 november 2015 waarin de opvolging van een patiënt met diabetes type 2 aan de hand van een zorgprotocol wordt voorzien. Een eerste evaluatie zal aan de NCGZ worden voorgelegd tegen 31/12/2017.

4.1.3.3. Deze inspanningen maken deel uit van een globaal geheel aan maatregelen voor chronische patiënten overeenkomstig de oriëntaties die door de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid werden vastgesteld.

4.1.3.4. Complementair aan een aantal pilootprojecten wordt, door de partners vertegenwoordigd in het verzekeringscomité van het Riziv, ook een initiatief uitgewerkt dat de multidisciplinaire samenwerking tussen huisartsen, verpleegkundigen, apothekers,... bevordert in het kader van naadloze zorg voor complexe en/of chronische patiënten.

4.1.3.5. De regeling in verband met de zorgtrajecten blijft van kracht. Op basis van de in de loop van het akkoord beschikbare evaluaties kan tot een eventuele uitbreiding tot andere aandoeningen worden beslist vertrekkend vanuit een generieke benadering.

4.1.4. Door de regering werd beslist dat binnen een periode van vijf jaar één geïntegreerd model voor **niet-planbare zorg** wordt uitgerold waarin wachtdiensten, wachtposten en spoeddiensten van ziekenhuizen optimaal worden gealigneerd. Hiertoe wordt een taskforce opgericht samengesteld uit vertegenwoordigers van de NCGZ, van de wachtposten/huisartsenkringen, van de ziekenhuizen, de urgentieartsen en van de overheid.

Deze taskforce heeft in zonderheid tot doel voornoemd geïntegreerd model uit te rollen mede op basis van het uniek oproepnummer 1733.

Parallel hiermee werd door de regering beslist om een bijkomende schijf voor de creatie van huisartsenwachtposten ten belope van 5,250 mio EUR in 2016 niet toe te kennen alsook om een bedrag van 4,950 mio EUR tijdelijk te bevriezen in afwachting van een verdere standaardisering van de kosten.

4.1.4.1. In de loop van 2016 zal de NCGZ op basis van voorstellen van de werkgroep van de commissie en op basis van de informatie voortvloeiend uit een externe audit wijzigingen uitwerken in het financieringssysteem van de huisartsenwachtposten op basis van een analyse van alle kostenplaatsen, en in het bijzonder:

- de kosten met betrekking tot huur;
- de kosten voor nutsvoorzieningen en onderhoud, in het bijzonder rekening houdend met de benutting van de infrastructuur tijdens de tijdvakken waarin die niet gebruikt worden voor wachtdoeleinden;
- de kosten voor de personeelsomkadering in bijzonder op basis van de informatie uit bovenvermelde audit over de concrete invulling van de arbeidstijd betaald voor coördinatie en administratie en rekening houdend met de mogelijkheden tot samenwerking tussen de wachtposten of met andere partners in de gezondheidszorg;
- de kosten voor vervoer, rekening houdend met de mogelijkheden tot samenwerking tussen de wachtposten of met andere partners in de gezondheidszorg.

Deze wijzigingen zullen in werking treden in 2017.

4.1.4.2. In afwachting hiervan zal in de loop van 2016 voor de werkingsuitgaven van de wachtposten als voorschot een bedrag van 95 % worden toegekend. Rekening houdend met de resultaten van het financieel verslag 2016 en de bevindingen van de audit zal een eindsaldo worden toegekend in 2017, in overleg tussen de werkgroep huisartsenwachtposten en de beleidscel van de Minister.

4.1.4.3. Projecten waarvoor reeds een gefinaliseerd dossier werd ingediend zullen op dezelfde wijze worden betoelaagd, d.w.z. à rato van 95 % van de door de werkgroep HWP aangenomen kosten overeenkomstig de standaardisering van toepassing op 31 december 2015.

4.1.4.4. Hetzelfde principe geldt ook voor nieuwe projecten die aan de NCGZ worden voorgelegd. Deze projecten zullen evenwel slechts kunnen worden goedgekeurd voor zover ze minstens voldoen aan de volgende 4 criteria:

- een afsprakenplan wordt voorgelegd tussen de huisartsenwachtposten en de wachtdiensten en de spoeddiensten in verband met de organisatie van de zorg, de verwijzing, communicatie en de dienstverlening,. De voorwaarden van dit afsprakenplan zullen uiterlijk tegen 31 maart 2016 door hogervermelde taskforce worden vastgesteld en rekening houden met de verschillen in geografische context;

Tegen 31 december 2017 zullen alle huisartsenwachtposten aan deze voorwaarde voldoen;

- openingstijden die in principe minstens 61 uren betreffen (volledig weekend van vrijdag avond tot maandag ochtend);
- er een voldoende territoriale en populatiedekking is (minimum drempel);
- de kosten in overeenstemming zijn met de nieuwe regels inzake standaardisering die vóór 31 maart 2016 worden goedgekeurd.

Bovendien zal een specifiek RIZIV nummer worden toegekend aan de huisartsenwachtposten waarmee de verrichte verstrekkingen worden aangerekend. Dit identificatienummer zal uiterlijk tegen 30 juni 2016 worden veralgemeend. Individuele aanrekening of centrale inning blijven mogelijk.

Op basis van al deze elementen zal in overleg met de NCGZ een aangepast reglementair kader worden uitgewerkt.

4.1.4.5. In samenhang hiermee wordt voorgesteld om vanaf 2017 het systeem van de beschikbaarheidshonoraria voor huisartsen te heroriënteren, 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, al dan niet in een wachtpost.

4.1.4.6. Tevens zal worden voorzien dat wachtbezoeken met vervoer gefinancierd in het kader van een overeenkomst met het verzekeringscomité geen E-component meer bevatten. De hierdoor vrijkomende middelen worden toegevoegd aan het budget van de huisartsen.

4.1.5. E-gezondheid

4.1.5.1. In het nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen 2015 werd voorzien dat, vanaf 2016, de praktijktoelage en de 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. Tevens werd door voornoemd akkoord een zogenaamde Sumehr-premie ingesteld.

Volgens het actieplan e-Health 2015-2019 goedgekeurd door de interministeriële conferentie volksgezondheid registreert elke huisartspraktijk medische gegevens in een EMD. Bovendien moet de uitwisseling van de gegevens worden bevorderd (actiepunten 1 en 9). Vanaf 1 januari 2017 zullen startende artsen aan de voorwaarden terzake moeten voldoen. Voor de andere artsen wordt een overgangsregeling voorzien die loopt tot 2020.

In het kader van dit akkoord wordt voorgesteld om de praktijktoelage, de telematicapremie en de Sumehr-premie samen te voegen tot een premie, nl. de **premie ter ondersteuning van de praktijk en van het gebruik van e-Health diensten**. Deze verhoging dekt eveneens de administratieve kosten welke voortvloeien uit de verplichte toepassing van de regeling derde betalende.

4.1.5.2. Op deze premie zijn de huisartsen gerechtigd die aan de huidige voorwaarden van de praktijktoelage voldoen en gebruik maken van een gehomologeerd softwarepakket. Dezelfde minimum activiteitsdrempel wordt toegepast als deze voorzien voor het sociaal statuut.

Bijzondere berekeningsregels gelden in het kader van een huisartsenpraktijk met meerdere artsen.

Bij de beoordeling van het effectief gebruik van de telematica wordt rekening gehouden met volgende 6 parameters: recip-e, aanvragen hoofdstuk IV, elektronische facturatie, informed consent, opladen sumehr, elektronisch beheer GMD. De evaluatie hiervan start vanaf 1 juli 2016. Voorafgaandelijk hieraan zullen met de softwarehuizen afspraken worden gemaakt en de bestaande knelpunten worden weggewerkt.

4.1.5.3. Van hun kant verbinden de verzekeringsinstellingen er zich toe om uiterlijk tegen die periode een aantal administratieve knelpunten weg te werken ondermeer op het vlak van de boekhoudkundige referentie van de aan de artsen verrichte betalingen, de toewijzing van deze betalingen op praktijkniveau en de werking met gestructureerde mededelingen mogelijk te maken.

Ook zal een oplossing worden gezocht voor volgende problemen: het toekennen van certificaten aan administratieve medewerkers, de identificatie van kinderen beneden de 12 jaar via de ISI+ kaart en de identificatie van patiënten in een zorgtraject.

De mogelijkheid voor HAIO's om in naam en voor rekening van hun stagemeeester het GMD te beheren via de toepassing Mycarenet eGMD zal worden tot stand gebracht door middel van een toelating van de stagemeeester aan de HAIO. De technische modaliteiten hiervan zullen voor 31 januari 2016 worden vastgesteld en meegedeeld aan de NCGZ en in de loop van het eerste trimester 2016 ter beschikking worden gesteld aan de softwareproducenten .

4.1.5.4. Op voorstel van de NCGZ zullen de drempelwaarden van de parameters voor het jaar 2016 worden vastgesteld voor 1 juli 2016 en voor het jaar 2017 voor 31 december 2016.

Bij realisatie van 3 parameters in 2016 en 4 parameters in 2017, wordt het bedrag vastgesteld op 3400 EUR

Bij realisatie van 5 parameters in 2016 en 6 parameters in 2017, wordt het bedrag vastgesteld op 4550 EUR

Deze bedragen worden verhoogd met 500 EUR wanneer voor minstens 200 patiënten in 2016 en voor minstens 400 patiënten in 2017, Sumehrs zijn opgeladen.

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

De huisartsen die voldoen aan de huidige voorwaarden van de praktijktoelage zonder te voldoen aan de andere hoger vermelde voorwaarden behouden tijdens de looptijd van dit akkoord het recht op een basispraktijktoelage van 1500 EUR.

4.1.5.5. Tevens wordt in de loop van het akkoord onderzocht welke elementen van de niet-prestatie gebonden financiering op praktijkniveau dan wel op patiëntniveau moet worden gesitueerd.

4.1.5.6. Zoals voorzien in het nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen 2015 werd voorzien in de **financiering van de ondersteuning van ICT gebruik in de eerste lijn.**

Hiertoe werd conform de beslissing van de interministeriële conferentie volksgezondheid ten laste van de administratiekosten van het RIZIV een bedrag van 1 mio EUR uitgetrokken voor de cofinanciering van lokale of regionale opleidingsinitiatieven.

Concreet werden overeenkomsten afgesloten met het Agentschap Zorg en Gezondheid (Vlaamse Gemeenschap), de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van Brussel

Hoofdstad, het Waals Gewest en de Duitstalige Gemeenschap met een looptijd tot het derde kwartaal 2016.

De ondersteuning heeft betrekking op :

- het organiseren van informatiesessies met betrekking tot het efficiënt gebruik van het EMD, de verschillende e-gezondheidssystemen, de minimale vereisten inzake hardware en software;
- het organiseren van vormingen en opleidingen betreffende de identificatieprocedure via e-ID, de installatie van e-Health certificaten en het gebruik van de verschillende e-gezondheidssystemen binnen het EMD;
- het organiseren van vormingen en opleidingen betreffende het efficiënt gebruik van het EMD om de zorg rond een patiënt te ondersteunen en te optimaliseren.

Tegen het einde van het akkoord wordt een evaluatierapport voorzien met betrekking tot de impact van de door het akkoord voorziene initiatieven op het vlak van eGezondheid.

4.1.5.7. De NCGZ verwelkomt actiepunt 14 van het actieplan e-gezondheid en meer bepaald de ter beschikking stelling van de dienst **e-attest voor huisartsen** van 1 januari 2018, waarbij de aflevering van het getuigschrift voor verstrekte hulp wordt vervangen door een elektronische overmaking aan het ziekenfonds dat vervolgens de terugbetaling verzekert aan de rechthebbende. De uitwerking hiervan zal met alle betrokkenen worden overlegd.

4.1.5.8. De NCGZ dringt aan op de voortzetting van de financiering van het project recip-e tijdens de looptijd van het akkoord.

4.2. Maatregelen met betrekking tot de artsen-specialisten

4.2.1. Gelet op de algemene maatregel van de indexbevriezing blijven de honoraria voor artsen-specialisten gehandhaafd op het niveau van 31 december 2015, met uitzondering van wat volgt.

4.2.2. Om het kwaliteitsvol werk van de TGR te honoreren wordt een bedrag van 6,581 mio EUR uitgetrokken voor de financiering van volgende initiatieven:

	Bedragen (in duizend euro)
testen chemie (fructosamine, cystatine C, jodium) - klin bio	596
testen HER2 en EGFR - maagkanker - klin bio	565
testen hepatitis C PCR	251
coupe APD - art 32	280
HLA-typeringen in kader van transplantatie - eerste fase transplantatie	1.460
detectie antilichamen en crossmatching - tweede fase transplantatie	1.525
PCR infectieuze agentia tijdens een orgaantransplantatie	800
calprotectine in faeces	602
osteo-geïntegreerde implantaten - heekunde – nomenclatuur	39
herwaardering behandeling blaasexstrofie - heekunde - nom art 14 j)	6
abdominale heekunde : uitbreiding indicaties debulking + uitbreiding	444
bijkomende honorarium Centraal veneuze katheter <7j – inw	1
lymfeklierpunctie - inwendige geneeskunde - nomenclatuur art 11	12
TOTAAL	6.581

4.2.3. Verder zal een bedrag van 0,750 mio EUR worden gereserveerd voor de dossiers mycobacterium tuberculosis en alfa-stralers die onlangs in TGR werden goedgekeurd.

4.2.4. Bovendien wordt in een bedrag voorzien voor de invoering van een urgentietoeslag bij de honoraria voor natuurlijke bevallingen, inclusief de eventuele meerkost voor anesthesie (7 mio EUR). Hierbij zal de NCGZ de impact nagaan op de conventioneringsgraad van de betrokken beroepsgroep. In samenwerking met de betrokken beroepsgroep zal nagegaan worden hoe de vastgestelde praktijkvariëaties inzake het aantal sectio's in de totaliteit van de bevallingen, berekend op ziekenhuisniveau in overeenstemming kunnen worden gebracht met de bestaande wetenschappelijke aanbevelingen. In de loop van 2017 zal de NCGZ onderzoeken hoe de naleving van deze aanbevelingen in de toekomst kan gelden als vergoedingsvoorwaarde.

4.2.5. De besparingen in de sector klinische biologie, vermeld in punt 3, zullen worden aangewend voor volgende projecten:

- de herwaardering van de raadplegingen aangerekend door een arts-specialist met de verstrekkingen 102012 en 102535, meer bepaald de artsen – specialisten ORL , fysiotherapie en de algemeen heelkundigen (10 mio EUR).
- de herwaardering van meervoudige ingrepen in hetzelfde operatieveld voor oncologische aandoeningen en langdurige consultaties na oncologische chirurgie (2,29 mio EUR).
- de aanpassing van het globaal budget voor genetische onderzoeken (2,0 mio EUR). De evolutie van dit budget zal het voorwerp uitmaken van een bijzondere audit.
- de herwaardering van de honoraria bij borstreconstructie en tot stand brengen van tarieven met akkoordverklaring (1,2 mio EUR).
- innovatieve behandeltechnieken voor diabetespatiënten type 1, in het kader van de diabetesconventie (5 mio EUR).

4.2.6. In de loop van 2017 zullen op basis van een herschikking en beheersing van de uitgaven inzake CT, coronarografieën en echografieën of andere verstrekkingen, middelen worden vrijgemaakt om te alloceren aan een kostenefficiënte vergoeding van OCT techniek gebaseerd op een gezondheidseconomische en behoeftenanalyse.

4.2.7. Door de DGEC zal in de loop van 2016 de evaluatie worden geactualiseerd m.b.t. het aanrekenen van honoraria bij continu toezicht op de hartfunctie en op de vitale en niet-vitale functies met een waaktoestel. Voorstellen tot wegwerken van de praktijkvariëaties zullen hierbij worden geformuleerd.

4.2.8. Een bedrag van 2 mio EUR wordt voorzien vanuit het budget voor het kankerplan voor het mogelijk maken van een gecoördineerde terugbetaling van testen (**biomarkers**) die noodzakelijk zijn als voorwaarde van terugbetaling van gepersonaliseerde geneesmiddelen.

4.2.9. Er zal vanaf 1 juli 2016 geen **voorafgaande machtiging** meer moeten worden aangevraagd voor **hoofdstuk IV geneesmiddelen** die afgeleverd worden in ziekenhuismilieu voor ambulante of gehospitaliseerde patiënten, behoudens indien de vergoedingsvoorwaarden hier expliciet in voorzien. Art. 80 ter van het KB van 21.12.2001 zal daartoe worden aangepast. Tevens zal worden voorzien dat stavende documenten met betrekking tot deze geneesmiddelen niet langer dienen overgemaakt aan de adviserend arts, maar ter beschikking worden gehouden in het ziekenhuis. Hiertoe zal omzendbrief 82/171 dd. 21.3.1982 worden aangepast.

Bovendien zullen de artsen betrokken worden bij de uitwerking van de voorstellen tot **administratieve vereenvoudiging** welke onderzocht worden in onder meer de overeenkomstencommissie tussen de verpleeginrichtingen en de verzekeringsinstellingen.

4.2.10. De NCGZ verwelkomt de beslissing en de inspanning van de regering om een einde te stellen aan de situatie waarbij geen tegemoetkoming is voorzien voor de opleiding van artsen-specialisten in niet-universitaire ziekenhuizen en hiervoor een budget van 10 mio eur per jaar te voorzien tijdens de looptijd van het akkoord.

De NCGZ wenst mee te werken aan een reglementering terzake waarbij een forfaitaire vergoeding zou worden toegekend aan de stagemeester, per begeleide ASO met een erkend stageplan.

4.3. Maatregelen inzake toegankelijkheid

4.3.1. De NCGZ zal voor 30 juni 2016 een voorstel formuleren tot invoering van een verbod met betrekking tot de **supplementen klinische biologie, pathologische anatomie en genetica** zoals voorzien in artikel 73 § 1/1 GVU-wet.

4.3.2. Voor kwetsbare patiënten met bijzondere zorgnoden zal de NCGZ uiterlijk op 31.03.2016 maatregelen uitwerken die de effectieve toegankelijkheid tot deze zorg versterken.(2,4 mio)

4.3.3. Teneinde de financiële onzekerheid voor de patiënt maximaal te beperken en teneinde discussies tussen patiënten en artsen te vermijden zal in de loop van 2016 door NCGZ een regeling worden uitgewerkt waarbij bij hospitalisatie in een eenpersoonskamer of bij dure ambulante behandelingen een **voorafgaandelijke raming van de extra honoraria** door de arts aan de patiënten wordt meegedeeld. Het betrokken voorstel geldt ten aanzien van de patiënt als een verbintenis.

4.3.4. De NCGZ wenst tijdens de duurtijd van het akkoord een grondige analyse te maken van de problematiek van de zogenaamde **ereloon-supplementen**. Deze problematiek kan niet los gezien worden van de thematiek van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg enerzijds en het recht op billijke honorering van de zorgverleners anderzijds.

Zonder afbreuk te doen aan de bepalingen van artikel 35 van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen en rekening houdend met de besprekingen op het vlak van de hervorming van de ziekenhuisfinanciering zal de NCGZ tijdens de duurtijd van het akkoord, o.m.

- initiatieven ontwikkelen om de toetreding tot en de naleving van de akkoorden door de geconventioneerde artsen te bevorderen;
- de effecten evalueren van de recente maatregelen inzake beperking van de zog. ereloon-supplementen, inzake transparantie en inzake de toegankelijkheid voor de patiënten;
- op basis van een objectieve terreinanalyse, in en buiten de ziekenhuissector, variaties en knelpunten in kaart brengen die de toegankelijkheid van de zorg voor de

patienten bedreigen en het uitwerken van oplossingen terzake in samenwerking met alle betrokkenen;

- nagaan in welke mate het systeem van partiële conventionering kan worden aangepast en verduidelijkt;
- onderzoeken hoe een mechanisme van richttarieven kan worden tot stand gebracht en welke relevante criteria kunnen worden bepaald bij supplementen, aangerekend door ziekenhuisgeneesheren, die niet rechtstreeks gekoppeld zijn aan het kamertype van de opname of de kwaliteit of de doelmatigheid van de zorg.

Hiertoe zal de NCGZ overleg plegen met alle betrokken partners, binnen en buiten de ziekenhuissector. Een eindverslag zal voor het einde van het akkoord aan de NCGZ ter goedkeuring worden voorgelegd.

5. ARBEIDSONGESCHIKTHEID

Het is onontbeerlijk dat de behandelende sector nauwer wordt betrokken bij de problematiek van de arbeidsongeschiktheid.

In dat verband zullen in de loop van het akkoord volgende maatregelen worden genomen:

- kennisname van de invoering van een nieuw getuigschrift arbeidsongeschiktheid dat vanaf 2017 ook elektronisch kan worden uitgewisseld;
- de optimalisering van de communicatie tussen de behandelende artsen, adviserend artsen en arbeidsartsen met het oog op een snelle re-integratie op de arbeidsmarkt. Initiatieven voor periodiek trio-overleg zullen vanaf 2017 financieel worden aangemoedigd. In functie van de initiatieven die door de Regering worden voorbereid inzake re-integratie van arbeidsongeschikte personen z
- zal nagegaan worden hoe de inspanning van de behandelende sector verder kan worden gevaloriseerd.
- de ontwikkeling van een multidisciplinair traject op het vlak van burn-out bij werknemers, mede op basis van pilootstudies in opdracht van het Riziv.
- bovendien zal door de TGR een voorstel worden ontwikkeld inzake chirurgische ingrepen op de wervelzuil, waarbij een striktere indicatiestelling zal worden vereist en een multidisciplinair consult zal worden vereist. Deze hervorming zal op 1 januari 2017 in werking treden.

6. ACCREDITERING

Het systeem van accreditering is er de afgelopen jaren in geslaagd om initiatieven uit te bouwen waarin de artsen hun kennis konden verruimen en de kwaliteit van de zorg te optimaliseren via overleg in de LOK's.

Niettemin moeten een aantal tekortkomingen worden vastgesteld. Naast de administratieve werklast moet men erkennen dat de gezondheidszorg de afgelopen twee decennia fors is geëvolueerd. Het accrediteringssysteem moet in staat gesteld worden om te voldoen aan de nieuwe noden van de zorgverleners (multidisciplinaire zorg, geïntegreerde zorg voor chronisch zieken, informatisering, gegevensuitwisseling, nieuwe uitdagingen in de volksgezondheid, aandacht voor doelmatige zorg). Tegelijk dienen de sterke punten van het huidige systeem te worden behouden: vrijwilligheid, op basis van aanmoediging, goed omkaderd en ondersteund, gebaseerd op peer ondersteuning en convivialiteit.

Een gemengde werkgroep van leden van de NCGZ en de NRKP wordt belast om de definitie en het concept van de accreditering te herdenken. Deze werkgroep zal aanpassingen formuleren van het accrediteringssysteem teneinde te evolueren naar een systeem van permanente professionele ontwikkeling en van meetbare kwaliteitsbevordering. Volgende thema's zullen hierbij worden onderzocht:

- de mate waarin generieke modellen mogelijk zijn over de specialismen heen;
- de mate waarin nieuwe modellen in de praktijk kunnen worden toegepast door de beroepsorganisaties;
- de mate waarin bij de erkenning van de accreditering meer nadruk kan worden gelegd op de inspanningen in het kader van de LOK's en het opvolgen van feedback's;
- de wijze waarop de verantwoordelijkheid voor de inhoud van de programma's kan worden gedelegeerd binnen een duidelijk kader van gezondheidsdoelstellingen, methoden en kwaliteitsvereisten en met een externe kwaliteitscontrole;
- de verdere integratie van nieuwe leermethoden en het gebruik van informatica;
- de vereiste aanpassingen aan het financieringsmodel met inbegrip van de harmonisering van de accrediteringstoelagen teneinde de reeds besliste besparing te realiseren (zie punt 4.2.4. van het Nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen 2015 van 22 december 2014). Hierbij geldt als principe dat voor een zelfde inspanning om geaccrediteerd te worden een zelfde vergoeding moet staan. Op deze wijze kan een significante herijking worden tot stand gebracht.

De werkgroep zal tegen 30 juni 2016 een omstandig verslag aan de NCGZ voorleggen. Op die basis kunnen de noodzakelijke aanpassingen worden uitgewerkt.

7. DOELMATIGE ZORG

7.1. De NCGZ zal, op basis van de voorstellen van het Wetenschappelijk Comité belast met de organisatie van de conferentie "**Polymedicatie in het kader van het rationeel gebruik van geneesmiddelen bij ouderen**", concrete aanbevelingen en indicatoren uitwerken en doelstellingen vaststellen inzake het vermijden en het terugdringen van niet-gerechtvaardigde polymedicatie in de praktijk. Aan de NRKP wordt gevraagd om tegen 30 juni 2016 een concrete roadmap te ontwikkelen, waarbij zal worden onderzocht welke incentives kunnen worden ingezet om rationeel voorschrijfgedrag terzake te bevorderen.

7.2. De NCGZ heeft kennis genomen van het voorstel van convenant voor de **doorstart voor biosimilaire geneesmiddelen in België** die de Minister wenst af te sluiten met de wetenschappelijke verenigingen van artsen, de ziekenhuissector, de ziekenhuisapothekers en de farmaceutische industrie heeft afgesloten. De NCGZ wenst mee te werken aan de bevordering van het gebruik van deze geneesmiddelen voor zover de therapeutische vrijheid van de artsen wordt bevestigd. De NCGZ dringt erop aan om betrokken te worden bij de monitoring van het gebruik van deze geneesmiddelen en wenst dat een voorafgaandelijk overleg zou worden tot stand gebracht vooraleer wetgevende initiatieven worden genomen.

7.3. De NCGZ dringt erop bij de bevoegde overheden op aan om een substantiële daling van de kost van de geneesmiddelen toegepast bij de behandeling van age-related macular degeneration (**ARMD**) tot stand te brengen.

7.4. De NCGZ vraagt betrokken te worden m.b.t. de bepalingen uit het regeerakkoord inzake de referentiehuisarts.

8. SOCIAAL STATUUT

Door de aanpassing van de toekenningsvoorwaarden inzake het sociaal statuut kan een bedrag van 6,330 mio worden gereffecteerd.

Voor 2016 worden volgende bedragen voorgesteld:

- volledig geconventioneerden: 4790,23 euro ipv 4535 euro
- gedeeltelijk geconventioneerden: 2259,67 euro i.p.v. 2200 euro

9. CORRECTIEMAATREGELEN

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

9.2. Indien ingevolge de invoering van de verplichte derde betalende vanaf 1 oktober 2015, meeruitgaven worden vastgesteld die hoger liggen dan het in de technische ramingen voorzien bedrag, kunnen deze meeruitgaven geen aanleiding geven tot correcties zoals bedoeld in artikel 18 en 40 Gvu-wet.

10. OPVOLGING VAN HET AKKOORD

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

11. TOEPASSINGSVOORWAARDEN VAN HET AKKOORD

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

11.1.1. De volledig geconventioneerde zorgverleners,

11.1.2. De gedeeltelijk geconventioneerde zorgverleners.

11.2. Huisartsen

11.2.1. 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 11.2.3, de honorariumbedragen en de reisvergoedingen, vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, op zijn hele praktijk worden toegepast.

11.2.2. De **gedeeltelijk geconventioneerde** zorgverleners

11.2.2.1. 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 11.2.2.2 zijn bepaald.

Behalve tijdens de periodes en overeenkomstig de voorwaarden die strikt zijn bepaald in punt 11.2.2.2. of behalve wanneer de rechthebbende bijzondere eisen stelt die strikt zijn bepaald in punt 11.2.3, worden de honorariumbedragen en de reisvergoedingen, vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, op zijn hele praktijk toegepast.

11.2.2.2. 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:

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

11.2.2.2.2. 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 11.2.3.

11.2.3. 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:

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

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

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

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

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

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

11.3. Artsen-specialisten

11.3.1. De volledig geconventioneerde zorgverleners

De volledig geconventioneerde arts-specialist is de arts-specialist die zijn hele praktijk aan de voorwaarden van dit akkoord onderwerpt en voor wie, behalve wanneer de rechthebbende bijzondere eisen stelt die strikt zijn bepaald in punt 11.3.3, de honorariumbedragen en de reisvergoedingen, vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, op zijn hele praktijk worden toegepast.

11.3.2. De gedeeltelijk geconventioneerde zorgverleners

11.3.2.1. Definitie en toe te passen tarieven

De gedeeltelijk geconventioneerde arts-specialist is de arts-specialist die zijn hele praktijk aan de voorwaarden van dit akkoord onderwerpt, behalve gedurende de periodes en overeenkomstig de voorwaarden die strikt in punt 11.3.2.2. zijn bepaald.

Behalve tijdens de periodes en overeenkomstig de voorwaarden die strikt zijn bepaald in punt 11.3.2.2. of behalve wanneer de rechthebbende bijzondere eisen stelt die strikt zijn bepaald in punt 11.3.3, worden de honorariumbedragen en de reisvergoedingen, vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, op zijn hele praktijk toegepast.

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

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

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

11.3.2.2.2. 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 11.3.3, en op uren die normaal gezien schikken voor de rechthebbenden van de verzekering voor geneeskundige verzorging;

11.3.2.2.3. en wanneer de arts-specialist op elk van de mogelijke plaatsen van uitoefening van zijn praktijk, gedurende een bepaalde periode verstrekkingen verricht voor ambulante patiënten tegen de honorariumbedragen die zijn vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, behalve wanneer de rechthebbende bijzondere eisen stelt die strikt zijn bepaald in punt 11.3.3.

11.3.3. Bijzondere eisen van de rechthebbende

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

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

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

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

raadplegingen vormen echter geen bijzondere eis indien ze kaderen binnen de georganiseerde wachtdienst en indien de arts-specialist om persoonlijke redenen een voor het publiek toegankelijke raadpleging houdt, ontvangt op afspraak of bezoeken aflegt op deze uren en dagen. Afgesproken is evenwel dat de zieke in behandeling, die verzocht wordt zich opnieuw in de spreekkamer van de arts aan te melden, niet onder de toepassing van de bijzondere eis valt.

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

11.4. 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.

11.5. De betwistingen met betrekking tot punt 11 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.

11.6. 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).

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

12. GESCHILLEN EN BEMIDDELING

Beide partijen die dit akkoord hebben ondertekend verbinden zich ertoe alles in het werk te stellen om de bepalingen te doen naleven en correct te doen toepassen op basis van loyaleit en wederzijds respect. De 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.

13. DUUR VAN HET AKKOORD

13.1.1. Dit akkoord wordt gesloten voor een periode van twee jaar, namelijk van 1 januari 2016 tot en met 31 december 2017.

13.1.2. Ontbinding van rechtswege

Het akkoord is van rechtswege ontbonden 30 dagen nadat een van de volgende situaties ontstaat en overeenkomstig de voorwaarden van punt 13.1.2.4

13.1.2.1. De bekendmaking in het Belgisch Staatsblad van besparingsmaatregelen die eenzijdig door de regering worden vastgesteld ten aanzien van het huidig begrotingskader, de besparingen en correctiemaatregelen vermeld in het akkoord uitgezonderd.

13.1.2.2. De bekendmaking in het Belgisch Staatsblad van wetgevende maatregelen met betrekking tot de uitbreiding van de verplichte derdebetalersregeling of met betrekking tot de reglementering betreffende de supplementen die worden aangerekend voor eenpersoonkamers en/of voor ambulante verstrekkingen.

13.1.2.3. De vaststelling van de partiële begrotingsdoelstelling voor de artsenhonoraria voor het jaar 2017 op een bedrag dat lager is dan dit voor 2016.

13.1.2.4. Een representatieve organisatie die een ontbinding van rechtswege wenst in te roepen op basis van voornoemde situaties deelt dit mee aan de NCGZ binnen een termijn van 15 dagen nadat zij een van voornoemde situaties vaststelt.

13.1.2.5. In dat geval roept de voorzitter van de NCGZ een vergadering bijeen, waarop de minister wordt uitgenodigd.

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

13.2. Opzegging door een partij of een arts

Het akkoord kan worden opgezegd met een ter post aangetekende gemotiveerde brief, gericht aan de voorzitter van de NCGZ.

13.2.1. 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.

13.2.2. Het akkoord kan worden opgezegd met een ter post aangetekende gemotiveerde brief, gericht aan de voorzitter van de NCGZ:

13.2.2.1. vóór 15 december 2016 door een individuele arts.

Die opzegging is van toepassing vanaf 1 januari 2017

13.2.2.2. binnen 30 dagen na de bekendmaking in het Belgisch Staatsblad van correctiemaatregelen, zoals beoogd in artikel 50, § 8, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, of binnen 30 dagen nadat de Minister eenzijdig, op basis van artikel 18 van voormelde gecoördineerde wet, maatregelen heeft genomen waardoor de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen wordt gewijzigd.

Die opzegging kan algemeen zijn of beperkt tot bepaalde verstrekkingen of groepen van verstrekkingen en/of tot bepaalde zorgverleners op wie de besparingsmaatregelen betrekking hebben als de niet in het akkoord opgenomen correctiemaatregelen niet door de artsen zijn goedgekeurd volgens de regels die zijn vastgesteld in artikel 50, §§ 2, 3 en 8, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994. In geval van gedeeltelijke opzegging moeten in de aangetekende brief ook de beoogde verstrekkingen of groepen van verstrekkingen en/of zorgverleners nauwkeurig worden vermeld.

Die opzegging is van toepassing vanaf de datum van inwerkingtreding van de voormelde correctiemaatregelen.

14. FORMALITEITEN

14.1. De artsen die weigeren toe te treden tot de bedingen van dit akkoord, geven kennis van hun weigering binnen de 30 dagen na de bekendmaking van dit akkoord in het Belgisch Staatsblad:

- hetzij 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;
- hetzij via de beveiligde webtoepassing die het RIZIV daartoe via het MyRiziv-portaal ter beschikking stelt.

Deze kennisgeving bevat op straffe van onontvankelijkheid volgende gegevens:

	RIZIV- identificatienummer
Ik, ondergetekende,	
Naam en voornamen:	
Volledig adres:	
Hoedanigheid: Algemeen geneeskundige / arts-specialist voor.....	
	<i>(doorhalen wat niet past)</i>
verklaar dat ik weiger toe te treden tot de bedingen van het op 22 december 2015 gesloten Nationaal Akkoord Artsen - Ziekenfondsen:	
Datum:	
Handtekening:	

14.2. De andere artsen dan die welke, overeenkomstig de bepalingen die zijn vermeld onder 14.1, kennis hebben gegeven van hun weigering tot toetreding tot de bedingen van het akkoord dat op 22 december 2015 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 14.2.2.1. en 14.2.2.2. tot het akkoord toetreden ("gedeeltelijke toetreding"):

14.2.1. ze de honorariumbedragen toepassen die daarin zijn vastgesteld;

14.2.2. ze de honorariumbedragen niet zullen kunnen toepassen die daarin zijn vastgesteld. Die kennisgeving moet worden gedaan :

- hetzij met een ter post aangetekende brief, gericht aan de NCGZ op het onder 13.1 vermelde adres;
- Hetzij via de onder 13.1 vermelde beveiligde toepassing.

De kennisgeving bevat op straffe van onontvankelijkheid volgende gegevens:

14.2.2.1. voor de huisartsen:

	RIZIV- identificatienummer	
Ik, ondergetekende,		
Naam en voornamen:		
Volledig adres: :		
verklaar mijn beroepsactiviteit, overeenkomstig de bedingen van het op 22 december 2015 gesloten Nationaal Akkoord Artsen-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 11.2.2.2. "Periodes en voorwaarden van de gedeeltelijke toetreding tot het akkoord"):		
Dagen	Volledig adres	Uren (van...tot...)
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.		
Dagen	Volledig adres	Uren (van...tot...)
Datum:		
Handtekening:		

14.2.2.2. voor de artsen-specialisten:

Ik, ondergetekende,

Naam en voornamen:

Volledig adres: :

Arts-specialist voor

verklaar mijn beroepsactiviteit, uitgeoefend overeenkomstig de bedingen van het op 22 december 2015 gesloten Nationaal Akkoord Artsen-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 11.3.2.2. "Periodes en voorwaarden van de gedeeltelijke toetreding tot het akkoord"):

Dagen	Volledig adres	Uren (van...tot...)

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	Volledig adres	Uren (van...tot...)

Datum:

Handtekening:

14.3. De wilsuitingen onder 14.1 en 14.2 worden geacht te zijn uitgebracht op de datum vermeld op de datumstempel van de aangetekende zending of op de datum van registratie in de webtoepassing.

Bij tegenstrijdige wilsuitingen op eenzelfde datum wordt voorrang gegeven aan de wilsuiting via de webtoepassing.

14.4. Alle latere wijzigingen van de voorwaarden inzake tijd en plaats waaronder de onder 14.2 bedoelde artsen, 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.

Opgemaakt te Brussel, 22 december 2015

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

De vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen.