

OVEREENKOMST
IN TOEPASSING VAN ARTIKEL 56, § 1, TER FINANCIERING VAN EEN VERGELIJKENDE
STUDIE BETREFFENDE HET ORGANISATIE EN FINANCIERINGSMODEL IN DE
HUISARTSGENEESKUNDE

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, meer bepaald artikel 56, § 1, en gelet op de beslissing van het Verzekeringscomité in haar zitting van 10 juli 2023 en 15 januari 2024,

wordt overeengekomen wat volgt, tussen:

Eenzijds,

- a) ... (**huisartspraktijk**), vertegenwoordigd door ..., hierna de **eerste contractant** of **huisartspraktijk** genoemd.

En anderzijds,

- b) **Het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het RIZIV**, vertegenwoordigd door Mickaël Daubie, Directeur-generaal van de Dienst geneeskundige verzorging van het RIZIV, hierna de **tweede contractant** of RIZIV genoemd.

Doelstellingen van de overeenkomst

Deze overeenkomst heeft als doel een nieuw duurzaam organisatie- en financieringsmodel voor de huisartsgeneeskunde te ontwikkelen en evalueren. Dit model moet voldoen aan de vastgestelde noden in de huisartsgeneeskunde en streeft de doelstellingen van de Quintuple Aim na: de verbetering van de gezondheid van de gehele bevolking op basis van hun gezondheidsbehoeften, de verbetering van de door het individu ervaren kwaliteit van de zorgverlening, het efficiënter gebruiken van de beschikbare middelen, de vermindering van de sociale ongelijkheden op het vlak van gezondheid en het verbeteren van het welzijn van de zorgverleners. Dit nieuwe model zal bestaan naast de huidige bestaande systemen. Huisartsen kunnen vrijwillig instappen in dit nieuwe systeem dat open staat voor de diverse types van de bestaande huisartspraktijken.

Meer concreet wordt beoogd dat dit financieringsmodel voor huisartsen (1) voldoende stimulerend is, (2) de toegankelijkheid voor de patiënt vrijwaart en waar nodig kan verbeteren, met specifieke aandacht voor de kwetsbare patiënt, (3) inzet op continuïteit van zorg en beschikbaarheid, (4) huisartsen correct vergoedt voor taken tijdens en buiten de consultaties, (5) taakdelegatie toelaat, (6) de juiste incentives legt, onder meer inzake preventie, populatiemanagement, multidisciplinaire samenwerking, kwaliteit, beschikbaarheid..., (7) zowel overconsumptie als-onderconsumptie vermijdt en (8) administratieve eenvoud maximaal nastreeft.

Op basis van de verzamelde en beschikbare gegevens, zoals de facturatiegegevens en bevragingen rond ervaringen van de zorgverleners en de patiënten wordt een evaluatie opgesteld door een onafhankelijke onderzoeksinstituting, onder coördinatie van het KCE, dat toelaat om het nieuwe organisatie -en financieringsmodel te evalueren, bij te sturen waar nodig en rekening houdend met de resultaten van de voorziene evaluatie, structureel te verankeren in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

Artikel 1. Definities

Met onderstaande begrippen uit deze overeenkomst wordt bedoeld:

Huisartspraktijk	Een huisartspraktijk die toetreedt tot deze overeenkomst en voldoet aan de voorwaarden gesteld in deze overeenkomst.
Huisarts	De arts die als zodanig wordt erkend door de Minister van Volksgezondheid onder de voorwaarden die door deze laatste worden bepaald, geregistreerd onder de bevoegdheidscodes -003 of -004, en die geregistreerd wordt als lid van een huisartspraktijk die toetreedt tot deze overeenkomst.
Vaste behandelrelatie	Een verbintenis tussen een huisarts van een huisartspraktijk en een patiënt waarbij de huisarts de rol opneemt van het eerste aanspreekpunt voor alle medische problemen en gezondheidsvragen en als vaste arts de patiënt informeert, oriënteert, begeleidt en behandelt bij deze gezondheidsvragen en -problemen. Deze arts treedt op als beheerder van het medisch dossier van de patiënt zoals beschreven in artikel 3, § 3.
Gewogen capitatiefinanciering	Een vergoeding die een huisartspraktijk op een vaste frequentie ontvangt per patiënt met een vaste behandelrelatie, waarbij de vergoeding wordt gemoduleerd volgens de leeftijd van de patiënt en het statuut van verhoogde tegemoetkoming. Deze vergoeding omvat alle niet-directe patiëntencontacten zoals triage en adviezen, telefonische raadplegingen, deelname aan zorgoverleg, medische administratie en gedelegeerde directe en niet-directe patiëntencontacten zoals populatiemanagement, preventieve opvolging en geprotocolleerde opvolging van patiënten met stabiele chronische aandoeningen.
Taakdelegatie	Het toewijzen van taken of onderdelen daarvan, afhankelijk van de situatie, te delegeren aan een derde, die deze onder toezicht en verantwoordelijkheid van de huisarts uitvoert.
Onthaalmedewerker	Een persoon die in vast dienstverband werkt voor een huisartspraktijk en taken kan opnemen in het onthaal van patiënten, informatieverstrekking, administratie, secretariaat, organisatie van agenda's en logistiek van de huisartspraktijk.
Praktijkverpleegkundige	Een beoefenaar van de verpleegkunde die beschikt over een visum voor verpleegkundigen, uitgereikt door de FOD Volksgezondheid, die een vast samenwerkingsverband heeft met een huisartspraktijk en taken kan opnemen zoals eenvoudige en complexe verpleegkundige handelingen, een triagefunctie verzekeren om patiënten te oriënteren naar de meest geschikte zorgverlener, gedeelde geprotocolleerde opvolging voorzien voor patiënten met stabiele chronische aandoeningen, zorgoverleg organiseren en organiseren van preventiecampagnes binnen de huisartspraktijk.
Vast samenwerkingsverband	Een vaste en geïntegreerde samenwerking tussen een huisartspraktijk en personen die bepaalde taken opnemen binnen deze huisartspraktijk, waarbij deze afspraken schriftelijk worden vastgelegd. Deze afspraken gaan onder meer over de taakinvoering, de werkuren binnen de praktijk en de vergoeding voor het uitvoeren van deze taken. Een vast samenwerkingsverband kan opgezet worden via personen die werken in loondienst van de huisartspraktijk, via samenwerking met personen met een zelfstandig statuut of via samenwerking met organisaties die loontrekkenden in dienst hebben.
Praktijkmanagement	Het geheel van taken in het beheer van de praktijk: organisatie van coördinatievergaderingen, beheer van personeel en samenwerkingsovereenkomsten, beheer en logistiek van het gebouw, opzetten van samenwerkingsverbanden met partners binnen de eerste en tweede lijn, etc.
Nomenclatuur	Bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Artikel 2. Toetreding tot de overeenkomst

§ 1. Methode voor aanmelding

Huisartspraktijken die voldoen aan de voorwaarden tot toetreding zoals beschreven in § 2 en die wensen toe te treden tot de overeenkomst kunnen zich aanmelden bij de Dienst Geneeskundige Verzorging van het RIZIV, volgens de procedure die wordt kenbaar gemaakt via de website van het RIZIV.

Bij de aanmelding worden administratieve gegevens van de praktijk verzameld: naam en adres(sen) huisartspraktijk, aantal artsen, vorm van samenwerkingsverband, identificatie van de artsen (naam, RIZIV-nummer), administratieve contactpersoon en contactgegevens (telefoon, emailadres).

De aanmelding wordt ondertekend door elke huisarts van de huisartspraktijk.

§ 2. Voorwaarden tot toetreding

De huisartspraktijk die toetreedt wordt uitgebaat door één of meerdere huisartsen die onder hetzelfde dak of gestructureerd in een netwerk werken, met een gedeeld patiëntenbestand, en waarbij integratie-instrumenten gebruikt worden als gedeelde elektronische patiëntendossiers, zorgoverleg en coördinatievergaderingen.

Indien de huisartspraktijk bestaat uit meer dan één huisarts, dient de praktijk als groepering te zijn geregistreerd via Progezondheid.be.¹

Alle huisartsen van de praktijk dienen geaccrediteerd te zijn op het moment van de aanmelding en dienen tijdens de looptijd van de overeenkomst te voldoen aan de navormingsplicht zoals voorzien in artikel 122octies/4 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.²

§ 3. Aantal deelnemende praktijken in startfase

Het aantal deelnemende huisartspraktijken wordt in de startfase beperkt in functie van het beschikbaar budget.

De procedure en modaliteiten van kandidaatstelling worden bekend gemaakt via de website van het RIZIV.

Indien er meer kandidaturen zijn dan beschikbare plaatsen, zal de tweede contractant een selectie maken gebaseerd op volgende criteria, in deze volgorde:

1. De geografische verspreiding over de provincies van de kandidaten, gewogen voor het aantal inwoners per provincie.
2. Volgens urbanisatiegraad: minstens 25% van de huisartspraktijken ligt in een stad (dicht bevolkt gebied waarbij minstens 50% in stedelijke centra woont³). Minstens 25% ligt buiten een stad.
3. De laagste densiteit van huisartsen voor de gemeente van de praktijk.

Wanneer in de toekomst bijkomende kandidaat-huisartspraktijken kunnen toetreden tot de overeenkomst, worden niet geselecteerde kandidaten verwittigd door het RIZIV en krijgen ze als eerste de kans om toe te treden.

¹ <https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/artsen/beroep/Paginas/huisartsengroepering-laten-registreren.aspx>

² <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/bsluit/1996/07/03/1996022344/justel>

³ Volgens de laatst beschikbare gegevens van Eurostat op basis van NUTS en DEGURBA

Artikel 3. Verbintenissen van de eerste contractant

§ 1. Zorgpakket

De huisartspraktijk biedt een basiszorgpakket aan bestaande uit triage, aanspreekpunt voor alle medische problemen en gezondheidsvragen op vlak van medisch-generalistische zorg, preventie, spoedeisende eerstelijnszorg, opvolging bij chronische aandoeningen en palliatieve zorg. Daarbij neemt ze taken op in het informeren, begeleiden, oriënteren en medisch behandelen van patiënten, rekening houdende met sociale en psychologische aspecten en de plaats in het zorglandschap.

Het basiszorgpakket kan aangevuld worden met andere specifieke diensten, in functie van de noden van de bevolking en de beschikbare zorgverleners in de huisartspraktijk, hun interesse en competenties.

De praktijk engageert zich tot kwaliteitsvolle praktijkvoering, waar onder meer ook preventieve en proactieve zorg wordt geleverd op individueel en collectief niveau.

§ 2. Taakdelegatie

Het zorgpakket zoals beschreven in § 1 kan worden opgenomen door de verschillende medewerkers van de huisartspraktijk, waaronder beoefenaars van de verpleegkunde. Indien er een beoefenaar van de verpleegkunde werkzaam is in de praktijk worden integratie-instrumenten gebruikt zoals regelmatig overleg tussen artsen en praktijkverpleegkundigen over casuïstiek en methodiek van geïntegreerd werken en het gebruik van geprotocolleerde gedeelde zorgprocessen.

De taakdelegatie van artsen naar beoefenaars van de verpleegkunde wordt uitgevoerd overeenkomstig de bepalingen in de Wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen⁴; het koninklijk besluit van 18 juni 1990 houdende vaststelling van de lijst van de technische verpleegkundige verstrekkingen en de lijst van de handelingen die door een arts of een tandarts aan beoefenaars van de verpleegkunde kunnen worden toevertrouwd, alsmede de wijze van uitvoering van die verstrekkingen en handelingen en de kwalificatievereisten waaraan de beoefenaars van de verpleegkunde moeten voldoen⁵; en de wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg⁶.

De huisartspraktijk communiceert over het zorgaanbod en de rolverdeling voor de verschillende zorgverleners en ondersteunende medewerkers naar hun patiëntenbestand.

De huisartsen laten het werken met een praktijkverpleegkundige opnemen in hun verzekering voor beroepsaansprakelijkheid.

§ 3. Beschikbaarheid en bereikbaarheid

De huisartspraktijk:

- a) Definieert het geografisch gebied waarbinnen ze opereert en communiceert dit naar de bevolking.
- b) Stemt de openingsuren van de huisartspraktijk af op de uren van de wachtdienst en communiceert deze naar de bevolking.
- c) Zorgt voor een permanente telefonische bereikbaarheid, tijdens deze openingsuren.
- d) Zorgt voor continuïteit van zorgen, overeenkomstig de bepalingen van de wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, gecoördineerd op 10 mei 2015.
- e) Voorziet dagelijks voldoende aanbod voor raadplegingen en bezoeken voor planbare -en niet planbare zorg.

⁴ https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2015051006&table_name=wet

⁵ https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/annexes_de_lar_du_18_juin_1990.pdf

⁶ <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/wet/2019/04/22/2019041141/justel>

§ 4. Vaste behandelrelatie en beheer van het medisch dossier

Een vaste behandelrelatie wordt ingesteld op verzoek van de patiënt of van zijn behoorlijk geïdentificeerde gemachtigde; dat verzoek wordt vermeld in het dossier van de patiënt. De huisartspraktijk registreert alle patiënten met een vaste behandelrelatie via de facturatie-instructies die worden gepubliceerd op de website van het RIZIV.

Patiënten waarvan het Globaal Medisch Dossier beheerd wordt door één van de huisartsen van de praktijk die overstapt naar de New Deal of ingeschreven patiënten in een medisch huis met forfaitaire financiering dat overstapt naar de New Deal worden bij de start van de nieuwe financieringsvorm beschouwd als een patiënt met een vaste behandelrelatie. Indien het Globaal Medisch Dossier niet meer wordt beheerd door één van de huisartsen van de huisartspraktijk of de patiënt wordt uitgeschreven, dan wordt de vaste behandelrelatie beëindigd.

Er kan geen vaste behandelrelatie worden afgesloten met een huisarts in opleiding.

De arts waarmee een vaste behandelrelatie wordt afgesloten treedt op als beheerder van het medisch dossier van de patiënt.

De huisarts maakt gebruik van een aanvaard softwarepakket voor het beheer van het medisch dossier.⁷

Indien er een praktijkverpleegkundige actief is in de praktijk wordt er neerslag gemaakt van alle patiëntencontacten in het medisch dossier, met vermelding van het tijdstip van contact, en de naam van de verpleegkundige.

§ 5. Factureren verstrekkingen

De geleverde verstrekkingen worden elektronisch aan de verzekeringsinstellingen gefactureerd, zoals beschreven in artikel 5 en volgens de facturatie-instructies die gepubliceerd worden op de website van het RIZIV.

§ 6. Factureren van supplementen

Er kunnen geen supplementen worden aangerekend bij de honoraria die voorzien zijn in artikel 5, § 1.

Het aanrekenen van supplementen bij de honoraria voor raadplegingen of bezoeken, zoals voorzien in artikel 5, § 2 en § 3, kan slechts gebeuren wanneer voldaan is aan de volgende voorwaarden:

- a) Alle huisartsen van de praktijk zijn niet, of gedeeltelijk toetredend tot het Akkoord artsen-ziekenfondsen, en hebben hun weigering of gedeeltelijke toetreding tijdig doorgegeven via de ProGezondheid-module.
- b) Het aanrekenen van supplementen werd doorgegeven bij de aanmelding van de kandidatuur en bij de registratie van de opstart van de overeenkomst.
- c) Alle artsen van de praktijk passen dezelfde tarieven toe. De toegepaste tarieven worden geafficheerd in de wachtzaal.
- d) De supplementen worden verplicht elektronisch gefactureerd, zoals bepaald in het koninklijk besluit van 28 juni 2023 tot uitvoering van artikel 53, § 1, eerste, derde en vierde lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

⁷ <https://www.inami.fgov.be/nl/professionals/individuele zorgverleners/artsen/hulp/geintegreerde-praktijk/Paginas/toelichting-ge%C3%AFntegreerde-praktijkpremie.aspx>

§ 7. Wijziging in samenstelling

Een nieuwe arts kan slechts toetreden tot een huisartspraktijk op de eerste dag van een kwartaal. Een arts die vertrekt uit een huisartspraktijk kan dit slechts op de laatste dag van een kwartaal.

Enkel een geaccrediteerd arts kan toegevoegd worden in de samenstelling van de praktijk.

Wanneer er wijzigingen zijn in de samenstelling van de huisartspraktijk, wordt een wijziging van de groepering doorgegeven via de toepassing Progezondheid, uiterlijk de laatste dag van de tweede kalendermaand die voorafgaat aan de eerste dag van een trimester waar een wijziging in samenstelling plaatsvindt.

§8. Vervangartsen

Een huisartsenpraktijk kan tijdelijk beroep doen op een vervangarts. Wanneer deze niet geregistreerd wordt als lid van de groepering, worden de gebruikelijke nomenclatuurcodes uit artikel 2 van de nomenclatuur gefactureerd voor alle patiënten.

Wanneer de vervangarts toegang heeft tot de gegevens van het Globaal Medisch Dossier, is het verlaagde persoonlijk aandeel van toepassing wanneer de letter G en het RIZIV nummer van de GMD-houder wordt vermeld bij de facturatie, overeenkomstig de bepalingen in art. 3, alinea 4 en 5 van het KB van 23 maart 1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen.

Wanneer de vervangarts wordt ingeschreven in de groepering, zal deze beschouwd worden als vast lid van de huisartspraktijk en zijn alle modaliteiten van deze overeenkomst van toepassing voor deze arts vanaf de eerste dag van het volgend kwartaal, op voorwaarde dat de wijziging tijdig wordt doorgegeven zoals omschreven in §7, derde lid. In de periode tussen de start van de samenwerking met de vervangarts en de eerste dag van het kwartaal waarbij de modaliteiten van deze overeenkomst van toepassing zijn, worden de gebruikelijke nomenclatuurcodes uit artikel 2 van de nomenclatuur gefactureerd voor alle patiënten, waarbij ook het tweede lid van toepassing is.

Artikel 4. Verbintenissen van de tweede contractant

De tweede contractant:

1. Voorziet in een ontwikkeling van een digitale toepassing voor administratieve opvolging van deze overeenkomst.
2. Organiseert een Begeleidingscomité, zoals bedoeld in artikel 8.
3. Voorziet de financiële middelen die nodig zijn voor de vergoeding van de deelnemende huisartspraktijken, zoals voorzien in deze overeenkomst.

Artikel 5. Financiële tussenkomst van het RIZIV en facturatie

§ 1. Gewogen capitatiefinanciering

Patiënten waarvan het Globaal Medisch Dossier wordt beheerd door één van de artsen van de huisartspraktijk, worden beschouwd als patiënten met een vaste behandelrelatie. Indien een medisch huis met forfaitaire financiering overstapt naar het nieuwe gemengde financieringsmodel, worden alle op dat moment rechtmatig ingeschreven patiënten beschouwd als patiënten met een vaste behandelrelatie.

De verstrekkingen voor het beheer van het Globaal Medisch Dossier kunnen worden aangerekend door de huisartsen van de huisartspraktijk. Daarboven wordt een tegemoetkoming toegekend voor de gewogen capitatiefinanciering, die wordt bepaald in functie van de leeftijd van de patiënt en het statuut van verhoogde tegemoetkoming (VT). Er is geen persoonlijk aandeel (PA) voor de patiënt en er kunnen geen supplementen worden aangerekend bij deze verstrekkingen.

Pseudo-code	Omschrijving	Jaarlijks honorarium (in EUR)	Bedrag per kwartaal (in EUR)
	Gewogen capitatiefinanciering per rechthebbende met leeftijd		
107273	tot 25 jaar zonder statuut verhoogde tegemoetkoming	50,60	12,65
107295	tot 25 jaar met statuut verhoogde tegemoetkoming	83,95	20,99
107310	vanaf 25 jaar tot 60 jaar zonder statuut verhoogde tegemoetkoming	66,38	16,60
107332	vanaf 25 jaar tot 60 jaar met statuut verhoogde tegemoetkoming	130,40	32,60
107354	vanaf 60 jaar tot 75 jaar zonder statuut verhoogde tegemoetkoming	76,42	19,11
107376	vanaf 60 jaar tot 75 jaar met statuut verhoogde tegemoetkoming	148,75	37,19
107391	vanaf 75 jaar zonder statuut verhoogde tegemoetkoming	101,29	25,32
107413	vanaf 75 jaar met statuut verhoogde tegemoetkoming	202,41	50,60

De verstrekking voor de gewogen capitatiefinanciering wordt per kwartaal toegekend voor de patiënten die op de laatste dag van het vorige een kwartaal een vaste behandelrelatie hebben met één van de artsen van de praktijk.

De honoraria omvatten alle adviezen (in de huisartspraktijk, telefonisch, e-mail, chat, ...), telefonische raadplegingen, triage, proactieve en preventieve zorgprogramma's (bv. uitnodiging griepvaccinatie en toediening tijdens georganiseerde collectieve vaccinatiemomenten), de permanentiehonoraria voor avondconsultaties (pseudocode 101113).

De verbintenissen gesteld in artikel 3, § 1, § 3 en § 4, zijn een vergoedingsvoorwaarde voor de gewogen capitatiefinanciering.

De vergoeding wordt betaald aan de huisartspraktijk.

§ 2. Prestatiefinanciering voor patiënten met een vaste behandelrelatie

De huisarts factureert de geleverde verstrekkingen elektronisch aan de verzekeringsinstellingen voor patiënten met een vaste behandelrelatie (eFac).

Voor elke verstrekking wordt een referentieverstrekking uit de nomenclatuur aangeduid, met eenzelfde omschrijving, maar een verlaagd honorarium t.o.v. de referentieverstrekking.

Code	Referentie verstrekking	Omschrijving	Honorarium (in EUR)	PA – VT* (in EUR)	PA – geen VT* (in EUR)
107435	101076	Raadpleging in de spreekkamer door een geaccrediteerde huisarts	15,96	1	4
107450	103095	Supplement voor een ongewone raadpleging of een ongewoon bezoek van de huisarts	17,91	0	0
107472	101673	Videoraadpleging door een huisarts	14,28	1	4
107494	103132	Huisbezoek door de huisarts	27,98	2	8
107516	103412	Bezoek naar aanleiding van eenzelfde reis voor twee rechthebbenden	22,38	2	8
107531	103434	Bezoek naar aanleiding van eenzelfde reis voor meer dan twee rechthebbenden	20,98	2	8
107553	106610	Bezoek door een huisarts aan een rechthebbende verblijvend in een woonzorgcentrum of rusthuis, per rechthebbende	27,98	2	8

(*PA = persoonlijk aandeel, VT = verhoogde tegemoetkoming)

De toepassingsregels, cumulregels en vergoedingsvoorwaarden die gelden voor de referentieverstrekkingen in de nomenclatuur, zijn eveneens van toepassing voor de verstrekkingen die worden voorzien in het kader van deze overeenkomst.

Er is een persoonlijk aandeel van toepassing, zoals opgenomen in bovenstaande tabel.

Er is geen persoonlijk aandeel voor de verstrekkingen 107494, 107516, 107531 et 107553 voor de rechthebbenden die voldoen aan de voorwaarden van het koninklijk besluit van 16 februari 2009 tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 maart 1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen. Voor patiënten met een vaste behandelrelatie kunnen de referentieverstrekkingen uit de nomenclatuur niet worden aangerekend. Permanentietoeslagen voor raadplegingen tussen 18u en 21u (verstrekking 101113) kunnen niet worden aangerekend.

De stagemester tarifeert de handelingen die hij verricht heeft samen met de arts in opleiding, via de verstrekkingen uit deze overeenkomst voor de patiënten met een vaste behandelrelatie.

Wanneer de stagemester niet fysiek aanwezig is, factureert de arts in opleiding in naam van de stagemester, op voorwaarde dat :

- ofwel de stagemester op elk moment telefonisch bereikbaar is;
- ofwel de stagemester het toezicht op de arts in opleiding aan een andere huisarts heeft gedelegeerd.

§ 3. Prestatiefinanciering voor patiënten zonder een vaste behandelrelatie

Bij patiënten zonder vaste behandelrelatie factureert de huisarts de referentieverstrekingen uit artikel 2 van de nomenclatuur.

Per kalenderjaar kan het aandeel van het aantal verstrekkingen voor raadplegingen, videoraadplegingen en bezoeken voor patiënten zonder vaste behandelrelatie die buiten de uren van de georganiseerde wachtdienst worden aangerekend door een huisarts maximaal 25% bedragen van het totaal van het aantal verstrekkingen voor raadplegingen, videoraadplegingen en bezoeken die worden aangerekend dezelfde huisarts buiten de uren van georganiseerde wachtdienst.

§ 4. Beschikbaarheidstoelagen en verstrekkingen tijdens de wachtdienst

Tijdens de georganiseerde wachtdienst worden de verstrekkingen voor raadplegingen en bezoeken aangerekend die voorzien zijn in de nomenclatuur, ook voor patiënten met een vaste behandelrelatie.

De verstrekkingen 102410, 102432, 102454, 102476, 104215, 104230, 104252, 104296, 104311, 104333, 106632, 106654 en 106676 kunnen worden aangerekend voor de raadplegingen en bezoeken die worden aangevraagd en afgelegd op de opgegeven dagen en uren en wanneer de toestand van de patiënt op die dagen en uren dringende verzorging vergt, die niet kan worden uitgesteld. Die verstrekkingen mogen niet worden aangerekend wanneer de arts om persoonlijke redenen een voor het publiek toegankelijke raadpleging houdt, ontvangt na afspraak of bezoeken aflegt op de bovenvermelde dagen en uren; hetzelfde geldt wanneer die verstrekkingen tijdens diezelfde periodes worden verricht ten gevolge van een bijzondere eis van de patiënt.

§ 5. Technische verstrekkingen

Bij alle patiënten (met en zonder vaste behandelrelatie) worden technische verstrekkingen (bv. ECG, spirometrie, wondhechting, etc.) aangerekend via de gebruikelijke verstrekkingen uit de nomenclatuur die toegankelijk zijn voor huisartsen.

§ 6. Zorgtrajecten, deelname aan een multidisciplinair overleg en verstrekkingen in het kader van thuishospitalisatie

Huisartsen kunnen aanspraak maken op de honoraria voor zorgtrajecten diabetes type 2 en chronische nierinsufficiëntie, volgens de algemene geldende voorwaarden⁸.

De verstrekking 350416 (Deelname aan het multidisciplinair oncologisch consult door een arts die geen deel uitmaakt van de staf van ziekenhuisgeneesheren) uit artikel 11 van de nomenclatuur kan aangerekend worden door de huisartsen.

De verstrekkingen die voorzien zijn voor huisartsen in de overeenkomst voor een aangepaste zorgaanpak van long-Covid-19 kunnen worden aangerekend door de huisartsen.

De verstrekkingen die voorzien zijn in het kader van de thuishospitalisatie kunnen worden aangerekend door de huisartsen.

⁸ <https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/zorgkwaliteit/zorgtrajecten/Paginas/default.aspx>

§ 7. Geïntegreerde praktijkpremie

Alle huisartsen van een huisartspraktijk komen in aanmerking voor de geïntegreerde praktijkpremie⁹, volgens de voorwaarden voorzien in het koninklijk besluit van 30 juni 2017 tot bepaling van de voorwaarden en de modaliteiten overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een financiële tegemoetkoming verleent aan de huisartsen voor gebruik van telematica en het elektronisch beheer van de medische dossiers.

⁹ <https://www.inami.fgov.be/nl/professionals/individuele zorgverleners/artsen/hulp/geintegreerde-praktijk/Paginas/default.aspx>

§ 8. Premie voor praktijkverpleegkundige

Wanneer minstens één beoefenaar van de verpleegkunde een vast samenwerkingsverband heeft met de huisartspraktijk én de huisartspraktijk meer dan 1.000 patiënten met een vaste behandelrelatie telt, kan de huisartspraktijk aanspraak maken op een premie.

Dit vast samenwerkingsverband wordt schriftelijk vastgelegd en dient te voorzien in afspraken over het takenpakket en het weekschema van de aanwezigheid van de beoefenaar van de verpleegkunde. Het takenpakket omvat minstens:

1. De proactieve opvolging van patiënten met chronische aandoeningen;
2. Het proactief opstellen en uitvoeren van preventieprogramma's;
3. Het ondersteunen van de huisarts bij het opvangen van acute problemen;
4. De coördinatie van zorg voor patiënten met complexe problemen;
5. Het opstellen van praktijkrichtlijnen;
6. Het opstellen van evaluatie van kwaliteitsrapporten en verbeterprogramma's

Het takenpakket bevat taken ter ondersteuning van de medische zorg aan de patiënten van de huisartsenpraktijk. Zuiver administratief werk, het vervullen van een onthaalfunctie en praktijkmanagement worden niet vergoed door de premie voor praktijkverpleegkundige.

Het bedrag van de premie bedraagt 18 747 EUR per kalenderjaar voor de eerste schijf van 1.000 patiënten met een vaste behandelrelatie en kan worden toegekend indien er minstens 12u per week een beoefenaar van de verpleegkunde actief is in de huisartspraktijk.

Per schijf van 500 bijkomende patiënten met een vaste behandelrelatie is een vergoeding voorzien van 9 373,5 EUR, die kan worden toegekend indien er bijkomend 6u per week een beoefenaar van de verpleegkunde aanwezig is in de huisartspraktijk voor het uitvoeren van de taken die voorzien zijn binnen deze overeenkomst.

De premie kan jaarlijks maximaal 187.470 EUR bedragen per huisartspraktijk.

Samenvattend:

Aantal patiënten met vaste behandelrelatie	Minimaal aantal uren per week praktijkverpleegkundige	Premie op jaarbasis (in EUR)	Premie per kwartaal (in EUR)
1.000	12	18.747,00	4.686,75
1.500	18	28.120,50	7.030,13
2.000	24	37.494,00	9.373,50
2.500	30	46.867,50	11.716,88
3.000	36	56.241,00	14.060,25
3.500	42	65.614,50	16.403,63
4.000	48	74.988,00	18.747,00
4.500	54	84.361,50	21.090,38
5.000	60	93.735,00	23.433,75
5.500	66	103.108,50	25.777,13
6.000	72	112.482,00	28.120,50
6.500	78	121.855,50	30.463,88
7.000	84	131.229,00	32.807,25
7.500	90	140.602,50	35.150,63
8.000	96	149.976,00	37.494,00
8.500	102	159.349,50	39.837,38
9.000	108	168.723,00	42.180,75
9.500	114	178.096,50	44.524,13
10.000	120	187.470,00	46.867,50

De premie wordt per kwartaal vastgesteld en gestort op de rekening van de huisartspraktijk.

De premie wordt aangevraagd door de huisartspraktijk. De volgende bewijsstukken worden gevraagd:

- De schriftelijke afspraken over het vast samenwerkingsverband, inclusief de namen beoefenaars van de verpleegkunde en het werkschema per week in de huisartspraktijk
- een verklaring van de verpleegkundige met aangifte van andere professionele activiteiten en kennisgeving op het verbod op aanrekenen van nomenclatuur tijdens de werkuren (zie artikel 6, § 1)

Deze bewijsstukken worden gedurende 4 jaar bewaard door de huisartspraktijk en ter beschikking gesteld van de controlediensten.

Elke wijziging in het vast samenwerkingsverband met een beoefenaar van de verpleegkunde moet binnen de termijn van één maand worden doorgegeven via de digitale toepassing die ter beschikking wordt gesteld.

§ 9. Premie voor praktijkmanagement

Er wordt voorzien in een vergoeding voor praktijkmanagement, op basis van het aantal artsen die geregistreerd zijn binnen de groepering, het aantal personen in loondienst van de huisartsenpraktijk en het aantal patiënten met een vaste behandelrelatie.

Indien er voldaan is aan de volgende voorwaarden wordt een premie toegekend van 1 794 EUR per kwartaal:

- er zijn minstens 2 erkende huisartsen geregistreerd in de groepering van de praktijk
- er is minstens één praktijkondersteunend profiel in loondienst van de huisartsenpraktijk
- de praktijk telt minstens 1.000 patiënten met een vaste behandelrelatie.

Indien er voldaan is aan de volgende voorwaarden wordt een premie toegekend van 2 392 EUR per kwartaal:

- er zijn minstens 3 erkende huisartsen geregistreerd in de groepering van de praktijk
- er is minstens één praktijkondersteunend profiel in loondienst van de huisartsenpraktijk
- de praktijk telt minstens 1.500 patiënten met een vaste behandelrelatie.

Indien er voldaan is aan de volgende voorwaarden wordt een premie toegekend van 3 588 EUR per kwartaal:

- er zijn minstens 4 erkende huisartsen geregistreerd in de groepering van de praktijk
- er zijn minstens twee praktijkondersteunende profielen in loondienst van de huisartsenpraktijk
- de praktijk telt minstens 2.000 patiënten met een vaste behandelrelatie.

Samenvattend:

Minimum aantal artsen	Minimum aantal loontrekkenden	Minimum aantal patiënten met vaste behandelrelatie	Bedrag per kwartaal (in EUR)
2	1	1.000	1.794
3	1	1.500	2.392
4	2	2.000	3.588

De premie wordt per kwartaal betaald aan de huisartspraktijk.

Deze vergoeding is voorzien voor alle taken in het beheer van de praktijk: organisatie van coördinatievergaderingen, beheer van personeel en samenwerkingsovereenkomsten, beheer en logistiek van het gebouw, ontwikkelen en implementeren van zorgprotocollen, opzetten van samenwerkingsverbanden met partners binnen de eerste en tweede lijn, etc.

De huisartspraktijk registreert intern het aantal uren die besteed worden aan praktijkmanagement, de personen die deze taken opnemen en houdt een logboek bij van de coördinatievergaderingen.

§ 10. GMD starterspremie

Een huisarts die starter is en die toetreedt tot deze overeenkomst, ontvangt een eenmalige premie van 4 256 EUR voor het beheer van het elektronisch medisch dossier, bovenop de geïntegreerde praktijkpremie die hij op aanvraag ontvangt, in het jaar waarin de arts zijn voor huisartsen voorbehouden RIZIV-nummer ontvangt¹⁰.

¹⁰ Zie nota NCAZ 2023/034

Artikel 6. Algemene bepalingen

§ 1. Verstrekkingen uitgevoerd door de praktijkverpleegkundige

Taken die tijdens de werkuren als praktijkverpleegkundige worden uitgevoerd door de beoefenaar van de verpleegkunde die een vast samenwerkingsverband heeft met de huisartspraktijk, zoals bedoeld in artikel 5, § 8, kunnen niet worden aangerekend via de verstrekkingen uit artikel 8 van de nomenclatuur.

§ 2. Indexatie

De bedragen voor de honoraria voor de gewogen capitatiefinanciering (artikel 5, § 1) worden elk jaar op 1 januari geïndexeerd met een zelfde waarde als de honoraria voor het beheer van het GMD (verstrekking 102771).

De bedragen voor de honoraria voor de verstrekkingen voor raadplegingen en bezoeken voor patiënten met een vaste behandelrelatie (artikel 5, § 2) worden elk jaar op 1 januari geïndexeerd met eenzelfde waarde als de referentieverstrekkingen 101076, 101673, 103132, 103412, 103434, 103095 en 106610, rekening houdende met de budgettaire verschuiving van de prestatiefinanciering naar de capitatiefinanciering.

De premies voor een praktijkverpleegkundige en praktijkmanagement, bedoeld in artikel 5, § 8 en § 9, worden elk jaar op 1 januari aangepast aan de evolutie, tussen 30 juni van het voorlaatste jaar en 30 juni van het voorgaande jaar, van de waarde van de gezondheidsindex, bedoeld in artikel 1 van het koninklijk besluit van 8 december 1997 tot bepaling van de toepassingsmodaliteiten voor de indexering van de verstrekkingen in de regeling van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

§ 3. Niet-verzekerde patiënten

De verstrekkingen voorzien in deze overeenkomst kunnen enkel worden aangerekend voor rechthebbenden van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

§ 4. Inspectie en controle

Jaarlijks wordt een bepaald aandeel van de huisartspraktijken onderworpen aan een inspectie op de voorwaarden die gesteld worden in deze overeenkomst. De huisartspraktijk houdt de bewijsstukken ter beschikking van de controlediensten van de verzekeringsinstellingen, de Dienst voor administratieve controle en de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle.

§ 5. Nieuwe verstrekkingen en opwaardering consultaties of GMD

Wanneer tijdens de looptijd van deze overeenkomst bepaalde nieuwe verstrekkingen worden voorzien die toegankelijk zijn voor huisartsen, of er een opwaardering komt van de consultaties of het honorarium voor het beheer van het Globaal Medisch Dossier, kan het Verzekeringscomité, op voorstel van de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen, bepalen of de nieuwe verstrekkingen ook kunnen aangerekend kunnen worden door de artsen die deze overeenkomst onderschreven en of de opwaardering kan doorgevoerd worden in de verstrekkingen voor de gewogen capitatievergoeding en prestatiefinanciering uit deze overeenkomst.

Artikel 7. Evaluatie

Deze overeenkomst voorziet in een nieuw duurzaam organisatie -en financieringsmodel voor de huisartsgeneeskunde in België, dat beoogt tegemoet te komen aan de vastgestelde noden en de principes van de Quintuple Aim nastreeft: verbeteren van de kwaliteit van zorg, gezondheid van de bevolking, kosteneffectiviteit, gelijkheid en toegankelijk van zorg, en het welzijn van de gezondheidsprofessionals.

De tweede contractant zal een externe onderzoeksinstelling belasten met het evalueren van het nieuwe systeem, gecoördineerd door het KCE. Deze kwalitatieve en kwantitatieve evaluatie moet ten minste volgende elementen bevatten:

- 1) Een beschrijving van het zorgaanbod, de actieve profielen en de interne organisatie in de praktijken met gemengd financieringssysteem (aantal huisartsen per praktijk, leeftijd, samenwerkingsverband, andere zorgverleners en ondersteunde profielen binnen de praktijk, gemiddelde werktijd per VTE, aanbod preventieve en proactieve zorgprogramma's, etc.)
- 2) Een vergelijking van het gemiddeld aantal patiënten per huisarts(praktijk), de toegankelijkheid (incl. het aanrekenen van supplementen) en beschikbaarheid voor nieuwe patiënten voor de verschillende financieringssystemen.
- 3) Het aantal consultaties en bezoeken per patiënt en per leeftijdsgroep, voor de verschillende financieringssystemen en de bijhorende uitgaven voor de ziekteverzekering.
- 4) De tevredenheid van zorgverleners over het nieuwe gemengde financieringssysteem op vlak van jobinhoud, administratieve belasting, verloning, etc.
- 5) Een beschrijving van de taakdelegatie naar praktijkverpleegkundigen die plaatsvindt in de praktijken met het gemengd financieringssysteem.
- 6) Een beschrijving van kwaliteitsprocessen in de praktijken met het gemengd financieringssysteem.
- 7) Het effect van het aanrekenen van supplementen op de inkomsten en de mate waarin conventionering gestimuleerd wordt of niet.

Deze onderzoeksvragen kunnen worden aangevuld door het Begeleidingscomité van dit pilootproject, zoals bedoeld in artikel 8.

De eerste contractant verbindt zich ertoe medewerking te verlenen aan deze evaluatie en indien nodig data aan te leveren op vraag van de onderzoeksinstelling die belast wordt met de evaluatie van deze overeenkomst.

Kwaliteitsparameters kunnen opgevolgd worden tijdens de looptijd van het project. Deze worden gebaseerd op de indicatoren zoals vastgesteld door de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie (NRKP)¹¹.

¹¹ <https://www.inami.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/artsen/kwaliteit/feedback/Paginas/verslag-activiteit-huisarts-2016.aspx>

Artikel 8. Opvolging overeenkomst

Een Begeleidingscomité wordt samengesteld dat wordt belast met de opvolging van de uitvoering van overeenkomst.

De samenstelling is de volgende:

- 1 huisarts van elk artsensyndicaat (3)
- 3 vertegenwoordigers van de huisartspraktijken die deze overeenkomst ondertekend hebben (3)
- 3 vertegenwoordigers van de huisartsenkringen (koepelverenigingen Vlaanderen, Brussel, Wallonië) (3)
- 1 vertegenwoordiger van de Algemene Unie van Verpleegkundigen van België (AUVB-UGIB-AKVB) (1)
- 1 vertegenwoordiger van de Overeenkomsten Commissie verpleegkundigen – ziekenfondsen (1)
- 1 vertegenwoordiger van de opleiding voor Verpleegkundige in de huisartspraktijk (VIHP) of gelijkwaardige opleidingen (1)
- 1 vertegenwoordiger per verzekeringsinstelling (7)
- 1 vertegenwoordiger vanuit het KCE (1)
- Eventueel vertegenwoordiging vanuit de onderzoeksinstituten(en) belast met de evaluatie van het project
- 1 vertegenwoordiger vanuit de FOD Volksgezondheid (1)
- 1 Vertegenwoordiger van de Dienst Geneeskundige Evaluatie en Controle van het RIZIV (1)
- Vertegenwoordigers van de Dienst Geneeskundige Verzorging van het RIZIV, betrokken bij de organisatie en begeleiding van het project.

Bij aanvang van de overeenkomst wordt vanuit de Dienst Geneeskundige Verzorging een oproep tot kandidatuurstelling gedaan. De Dienst Geneeskundige Verzorging stelt op basis van de kandidaturen de ledenlijst samen volgens bovenstaande verdeling. Elk lid kan een plaatsvervanger aanduiden. Bij geschillen beslist het Verzekeringscomité over de samenstelling.

Het Begeleidingscomité wordt minstens éénmaal per jaar samengeroepen door de voorzitter (RIZIV) en kan eveneens worden samengeroepen indien er problemen worden gemeld die besproken dienen te worden binnen dit Begeleidingscomité.

Artikel 9. Duurtijd van de overeenkomst

Deze overeenkomst treedt inwerking op 01/04/2024 en heeft een duurtijd van 3 jaar.

Artikel 10. Opzegmodaliteiten

De overeenkomst wordt opgezegd via een aangetekend schrijven gericht aan de andere contractant.

In geval van opzegging door een van de contractanten neemt de overeenkomst een einde op de eerste dag van het tweede kwartaal dat volgt op het kwartaal waarin de kennisgeving is gebeurd.

Artikel 11. Aansprakelijkheid

Onverminderd afwijkende dwingende wettelijke bepalingen, is het RIZIV slechts aansprakelijk voor schade veroorzaakt wegens de niet-naleving van zijn verbintenissen, indien en voor zover die schade is veroorzaakt door zijn opzettelijke of zware fout of door bedrog. Voor overige fouten is het RIZIV niet aansprakelijk.

Artikel 12. Bevoegdheid bij geschil

De contractanten trachten eerst elk geschil dat voortvloeit uit of verband houdt met deze overeenkomst minnelijk op te lossen door onderhandelingen en overleg. Voor elk geschil betreffende deze overeenkomst zijn uitsluitend de rechtbanken te Brussel bevoegd en is het Belgische recht van toepassing.

Artikel 13. Slotbepalingen

Deze overeenkomst vormt de volledige verklaring van de overeenkomst tussen de partijen met betrekking tot het onderwerp daarvan en vervangt alle eventuele eerdere overeenkomsten, verklaringen, garanties, afspraken, relaties, zowel schriftelijk als mondeling, tussen de partijen met betrekking tot het onderwerp daarvan.

Geen enkele wijziging van deze overeenkomst is geldig, tenzij deze schriftelijk en met instemming van beide partijen wordt aangebracht.

Indien een van de bepalingen van deze overeenkomst als nietig of onafdwingbaar wordt beschouwd, komen de partijen hierbij overeen dat dit niet zal leiden tot de nietigheid of onafdwingbaarheid van de overige bepalingen van deze overeenkomst, maar is het zo dat zij alles in het werk zullen stellen om een dergelijke bepaling te vervangen door een geldige en afdwingbare bepaling die, voor zover mogelijk, het economische, zakelijke of andere doel van die nietige of onafdwingbare bepaling zal nastreven.

Opgemaakt in twee exemplaren te Brussel, op

..., vertegenwoordiger voor ..., de eerste contractant

Mickaël Daubie , Directeur-generaal van de Dienst geneeskundige verzorging van het RIZIV,