

RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING

Openbare instelling opgericht bij de wet van 9 augustus 1963

TERVURENLAAN 211 - 1150 BRUSSEL

Dienst voor geneeskundige verzorging

NATIONALE COMMISSIE GENEESHEREN-ZIEKENFONDSEN

DOC. NCGZ 2009/21 addendum

Brussel, 17 maart 2009

Betreft: Toepassing van het KB van 21 januari 2009 betreffende de zorgtrajecten

Overzicht

Dit document bevat volgende punten in verband met de implementatie van het zorgtrajectensysteem:

1. Inclusiecriteria, zorgplannen en zorgtrajectcontracten voor patiënten met diabetes type 2 en chronische nierinsufficiëntie (blz. 1)
2. Educatie en zelfcontrole (blz.3)
3. Administratieve vereenvoudiging voor de patiënten en de zorgverleners in het raam van de zorgtrajecten (blz. 7)
4. Pilotprojecten lokale multidisciplinaire netwerken (blz. 7)
5. Praktische organisatie van de zorgtrajecten en betaling van de forfaitaire honoraria door de verzekeringsinstellingen (blz. 9)
6. Bijzondere aandachtspunten voor de evaluatie (blz. 9)
7. Beslissingen van de Nationale commissie artsen-ziekenfondsen (blz. 10)

1. Inclusiecriteria, zorgplannen en zorgtrajectcontracten voor patiënten met diabetes type 2 en chronische nierinsufficiëntie.

1.1. De leden vinden in bijlage een aantal documenten met betrekking tot de **inclusiecriteria, zorgplannen en zorgtrajectcontracten** voor patiënten met diabetes type 2 en chronische nierinsufficiëntie.

Ter ondersteuning van de formele besluitvorming vinden de leden hierna de bepalingen van het **KB van 21 januari 2009** betreffende deze documenten.

De bevoegdheden omtrent deze documenten zijn in de artikelen 4 en 5 van genoemd KB als volgt geregeld :

- de *inclusiecriteria en het zorgplan* worden voor elke pathologie vastgesteld door de NCGZ;
- het model van *zorgtrajectcontract* wordt voor elk model vastgelegd door het Verzekeringscomité, op voorstel van de NCGZ: de zorgtrajectregeling voor de betreffende pathologie treedt in werking waarop de desbetreffende verordening in werking treedt.

Art. 4. De Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen bepaalt, op eigen initiatief of op voorstel van de Nationale raad voor kwaliteitspromotie bedoeld in artikel 122^{ter} 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, voor elke categorie van rechthebbenden bedoeld in artikel 3 de medische inclusiecriteria waaraan de rechthebbende moet voldoen om voor een zorgtraject in aanmerking te komen.

Samen met de inclusiecriteria bepaalt de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen, op eigen initiatief of op voorstel van de in het eerste lid bedoelde raad, voor elke pathologie de eventuele exclusiecriteria, het follow up-plan, de kwaliteitsindicatoren en de aanbevelingen inzake het multiprofessioneel team en de modaliteiten van de samenwerking tussen de huisarts en de geneesheer-specialist.

Art. 5. § 1. Voor elke pathologie vermeld in artikel 3 wordt, op voorstel van de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen, door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het raam van de verordening tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, het model van zorgtrajectcontract vastgelegd.

Het model van zorgtrajectcontract moet minimaal de volgende gegevens bevatten:

- 1° de identiteit en de contactgegevens van rechthebbende, de huisarts en de geneesheer-specialist van de discipline aangeduid door de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen;
- 2° de gegevens voor betalingen van de forfaitaire honoraria bedoeld in dit besluit;
- 3° de rechten van de patiënt verbonden aan het zorgtraject;
- 4° de gedagtekende handtekeningen van de drie partijen bedoeld in 1°;
- 5° de gedagtekende handtekening van de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling van de rechthebbende;
- 6° de datum waarop het zorgtraject begint;
- 7° de verbintenissen van de rechthebbende, de huisarts en de geneesheer-specialist, zowel zorginhoudelijk als administratief;
- 8° de geïndividualiseerde en meetbare outcome - en procesdoelstellingen verbonden aan de tenlasteneming;
- 9° het akkoord van de rechthebbende met het inzamelen, meedelen en verwerken van gezondheidsgegevens in verband met zijn zorgtraject, in overeenstemming met de wetgeving op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

Het model van zorgtrajectcontract kan daarenboven gegevens bevatten in verband met andere zorgverleners dan de huisarts en de geneesheer-specialist en die een rol spelen in het zorgtraject.

Het model van zorgtrajectcontract kan zo worden opgemaakt dat de gegevens bedoeld in 7° en 8° opgenomen worden in een gestructureerde bijlage bij het zorgtrajectcontract.

Het model van zorgtrajectcontract bevat een clause waarbij de rechthebbende die bij de huisarts die het zorgtrajectcontract ondertekent geen globaal medisch dossier heeft, bevestigt aan die huisarts te vragen dat hij zijn globaal medisch dossier zou beheren.

Het model van zorgtrajectcontract bevat de verbintenis van de huisarts om gecodeerde gegevens over te maken in het raam van de evaluatie van de zorgtrajecten, georganiseerd in uitvoering van Hoofdstuk VIII van dit besluit.

§ 2. De regels zoals bedoeld in artikel 1 betreffende de zorgtrajecten voor rechthebbenden met een bepaalde pathologie zoals bedoeld in artikel 3 treden in werking op de datum van inwerkingtreding van de verordening tot wijziging van de verordening bedoeld in §1 tot vastlegging van het model van zorgtrajectcontract voor die pathologie.

1.2. Wat betreft de motivatie voor het weerhouden van de inclusiecriteria voor patiënten met diabetes type 2 moet in hoofdzaak verwezen worden naar de studie van het Kenniscentrum KCE reports vol. 27A met als titel "*De kwaliteit en de organisatie van type 2 diabeteszorg*". Daarin staat te lezen:

"Toekomstige hervormingen zouden rekening moeten houden met gedeelde zorg in de eerste lijn en de centrale rol van de huisarts bij type 2 diabetes. Binnen de huidige diabetesconventie is er een duidelijke stimulans om type 2 diabetici met insulinetherapie door te sturen naar een behandeling van de specialist in ziekenhuizen, om bijv. de terugbetaling te krijgen voor glucose teststrips.

Met de geschatte toename van het aantal diabetici tot epidemische proporties, zullen deze diensten overspoeld en teveel gebruikt worden, terwijl hun grootste aandacht zou moeten blijven uitgaan naar type 1 diabetici, naar tweedelijnszorg en behandeling van complicaties van diabetes, en naar type 2 diabetici die een ingewikkeld insulineschema nodig hebben.

Type 2 diabetici zonder ernstige complicaties en die geen complex insulineschema nodig hebben, zouden toegang moeten hebben tot de nodige ondersteuning (educatie, materiaal) binnen de eerstelijnszorg, op voorwaarde dat dit soort gedeelde zorg aan bepaalde organisatie- en kwaliteitscriteria beantwoordt."

1.3. Wat betreft de motivatie voor het weerhouden van de inclusiecriteria¹ voor patiënten met chronische nierinsufficiëntie wordt verwezen naar de geactualiseerde aanbeveling van de NBVN (Nederlandstalige Belgische Vereniging voor Nefrologie Aanbeveling chronische nierinsufficiëntie update september 2008), de KDOQI guidelines (K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation Classification and stratification 2002) en de NICE aanbeveling (Nice clinical guideline Chronic kidney disease september 2008). NBVN en NICE maken binnen groep 3 met matige nierinsufficiëntie een onderscheid tussen groep 3A (GFR 45-59 ml/min/1,73m²) en 3B (GFR 30-44 ml/min/1,73m²). Vanaf stadium 3B met GFR<45ml/min/1,73m² komen de patiënten in aanmerking

- ¹ Inclusiecriteria zijn een chronische nierinsufficiëntie hebben, gedefinieerd als
- een berekende glomerulaire filtratiesnelheid <45ml/min/1,73m² volgens de vereenvoudigde MDRD-formule,
 - en/of
 - een proteïnurie van >1g/dag,
 - hetzij berekend als de eiwit/creatinine ratio op een urinestaal,
 - hetzij gemeten op een 24-uurs urinecollectie,
- beide minstens 2x bevestigd met een tussentijd van ten minste 3 maanden;

	e-GFR(ml/min/1,73m ²)
Proteïnurie > 1g 24u	
Stadium 3B	30-44
Stadium 4	15-29
Stadium 5	<15

- ouder zijn dan 18 jaar;
- niet in dialyse zijn en niet getransplanteerd zijn;
- in staat zijn tot ambulante follow up, d.w.z. nefroloog/internist raadplegen in diens spreekkamer

voor een zorgtraject. Dit zijn complexere patiënten voor wie een nauwgezette follow-up en een nauwe samenwerking tussen huisarts en specialist cruciaal zijn. Een GFR < 45 ml/min/1,73m² is ook een terugbetalingsvoorwaarde voor EPO.

2. Educatie en zelfcontrole

2.1. Educatie en zelfcontrole in het kader van het **zorgtraject diabetes**

1. Naar schatting 72.500 mensen met diabetes vallen onder de inclusiecriteria voor het afsluiten van een zorgtraject diabetes type 2. 42.500 onder hen hebben vandaag diabeteseducatie en zelfzorgmateriaal via de conventie (groep 3A). Zij dienen allen over een GMD bij hun huisarts te beschikken. 30.000 andere mensen met diabetes worden door hun huisarts behandeld met insuline. Zij genieten geen terugbetaling van educatie noch zelfzorgmateriaal. We schatten dat thans ongeveer 18.000 van hen over een GMD beschikken.
2. De resultaten van de zorg in het kader van de diabetesconventie voor de groep 3a zijn gekend en scoren tegenover internationale benchmarks uitstekend. Dit kwaliteitsniveau voor deze groep moet tenminste gewaarborgd blijven. Ook de andere 30.000 patiënten van de doelgroep zouden tenminste een zelfde niveau van resultaat moeten kunnen scoren. Over hun outcome hebben we momenteel geen gegevens, wel over hun zorgproces waarbij is aangetoond dat dit vatbaar is voor verbetering (IMA 2005).
3. Educatie en zelfzorg zijn essentiële zorgcomponenten voor mensen die met insuline worden behandeld en dienen dan ook van bij de start van het zorgtrajectstelsel effectief beschikbaar worden gesteld.
4. Het voorschrijven van zelfzorgmateriaal aan niet geëduceerde patiënten is geen goede medische praktijk en veroorzaakt een onterechte financiële last voor patiënt of ZIV.
5. Educatie hoeft niet in alle omstandigheden te gebeuren door een diabeteseducator. De omstandigheden kunnen over tijd evolueren, zodat in loop van een behandelingstraject soms wel en soms niet beroep moet worden gedaan op een diabeteseducator.
6. In volgende omstandigheden is educatie door een diabeteseducator noodzakelijk:
 - a. Bij de start van insulinetherapie of van incretinemimetica, minimum 2,5 uur
 - b. Bij de overgang van één naar twee injecties, 1 uur
 - c. Bij afwezigheid van voldoende metabole controle. Minimum 1 uur per jaar. Er is voldoende metabole controle indien tijdens de voorliggende drie maanden een HbA1c lager dan 7,5 % wordt bereikt.
7. Er dienen voldoende diabeteseducatoren beschikbaar te zijn. Dit kan worden gewaarborgd door:
 - a. Een eerstelijnsaanbod via de sector thuisverpleging (cfr. ontwerp overeenkomst) en via de revalidatienomenclatuur (andere dan verpleegkundigen; uit te werken door het College van geneesheren-directeurs). Deze educatoren worden gecoached door de equipe van

het diabetesconventiecentrum waarmee ze een samenwerkingsovereenkomst hebben gesloten.

- b. Zolang het eerstelijnsaanbod onvoldoende is om aan de vraag te voldoen, kan de huisarts de patiënt verwijzen naar de diabeteseducator van het conventiecentrum; hiertoe wordt een specifiek forfait voorzien in de diabetesconventie.

Diabeteseducatie gebeurt in beide gevallen op voorschrift van de huisarts. De diabeteseducator brengt verslag uit aan de huisarts. Het verslag wordt opgenomen in het GMD.

- 8. Diabeteseducatie door een diabeteseducator is vergoedbaar op voorschrift van de huisarts voor patiënten met diabetes type 2 die een zorgtraject hebben afgesloten, onder de voorwaarden vermeld in de ontwerp overeenkomst verpleegkundigen-verzekeringsinstellingen (dezelfde voorwaarden zullen worden opgenomen in de revalidatienomenclatuur en de diabetesconventie).
- 9. Er wordt voorzien in de mogelijkheid tot diabeteseducatie door het diabetesconventiecentrum tijdens hospitalisatie of, op vraag van de huisarts, bij verwickelingen of complexe situaties. Hiertoe wordt binnen de diabetesconventie een forfaitaire vergoeding voorzien.
- 10. Het zelfzorgmateriaal is onder volgende voorwaarden vergoedbaar aan patiënten met een GMD, onder behandeling met insuline of incretrinemimetica en met een zorgtraject diabetes type 2:
 - a. Voor een eerste aflevering van een glucometer, meetstrips en lancetten voor een periode van zes maanden: op voorschrift van de huisarts mits attestering door een diabeteseducator dat de educatie werd gestart.
 - b. Voor de aflevering van strips en lancetten voor zes maanden en hernieuwing van glucometer:
 - i. in geval van start van insulinetherapie of van incretinemimetica, van overgang van één naar twee injecties en van onvoldoende metabole controle: op voorschrift van de huisarts mits hij de patiënt heeft verwezen naar de diabeteseducator en in zijn GMD het verslag bijhoudt van de diabeteseducatie die voldoet aan de minimumduur (zie punt 6).
 - ii. Buiten deze situaties: op voorschrift van de huisarts
 - c. De huisarts duidt op zijn voorschrift aan dat het zelfzorgmateriaal vergoedbaar is.
- 11. Het zelfzorgmateriaal wordt vanaf de datum van inwerkingtreden van de zorgtrajecten en met dezelfde tegemoetkoming afgeleverd via: apotheek, thuiszorgwinkel, patiëntenorganisatie (VDV/ABD)
- 12. Patiënten die een zorgtraject hebben afgesloten kunnen vanaf 1.1.2010 niet in aanmerking komen voor een verzekeringstegemoetkoming in het kader van groep 3a van de diabetesconventie.
- 13. Deze regeling wordt in 2012 geëvalueerd in het kader van de globale evaluatie van het zorgtrajectstelsel door de nationale commissie.

Andere maatregelen inzake diabeteszorg

14. De huisarts kan onder volgende voorwaarden en voorafgaand aan het starten van een zorgtraject een programma 'educatie en zelfzorg' voorstellen aan de rechthebbende die een globaal medisch dossier heeft: patiënt met type 2 diabetes onder orale antidiabetica bij wie behandeling met incretinemimetica of met één dagelijkse injectie insuline wordt gestart en waarbij de huisarts verzekert dat aan de rechthebbende diabeteseducatie wordt verstrekt. Het programma, waarvan bij de start kennis wordt gegeven aan de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling, omvat de aflevering van een bloedglucosemeter, hernieuwbaar om de drie jaar; en de aflevering van 2x50 strips en 100 lancetten per jaar. Dit programma is niet verenigbaar met een zorgtraject of diabetesconventie. Indien de HbA1c waarde, gemeten tijdens de drie maanden die voorafgaan aan de verlenging van het programma na telkens één jaar is lager dan 7,5 % kan de huisarts het programma verlengen onder dezelfde voorwaarden. De gegevens met betrekking tot de diabeteseducatie en de HbA1c-resultaten worden door de huisarts overgemaakt aan de adviserend geneesheer op diens verzoek. Indien deze streefwaarde niet bereikt wordt, stelt de huisarts aan de rechthebbende voor om een zorgtraject af te sluiten of een specialist te raadplegen.
15. Patiënten die onder de exclusiecriteria voor een zorgtraject vallen, hebben enkel toegang tot educatie en materiaal via de diabetesconventie. Echter, indien zij vooraf een zorgtraject hebben afgesloten, blijven zij genieten van de voorwaarden van het zorgtraject en blijven de betrokken huisarts en endocrinoloog verbonden in het partnerschap afgesloten binnen de zorgtrajecten.
16. De diabetesconventie groep 3a blijft tot en met 2012 van toepassing voor patiënten die geen zorgtraject hebben afgesloten.

2.2. Educatie en zelfcontrole in het kader van het **zorgtraject chronische nierinsufficiëntie**

Naar schatting komen 6000 patiënten in aanmerking voor een zorgtraject chronische nierinsufficiëntie; de nefrologen zijn van mening dat dit een onderschatting is.

Zelfmonitoring van de bloeddruk is een essentiële zorgcomponent voor patiënten met chronische nierinsufficiëntie.

Patiënten met een zorgtraject chronische nierinsufficiëntie en een GMD krijgen, toegang tot een gevalideerde bloeddrukmeter voor zelfcontrole, door middel van een forfaitaire vergoeding.

De huisarts schrijft een bloeddrukmeter voor met de melding vergoedbaar.

Het zelfzorgmateriaal wordt vanaf de datum van inwerkingtreding van de zorgtrajecten afgeleverd via apotheek, thuiszorgwinkel, patiëntenorganisaties.

De aflevering van de bloeddrukmeter is hernieuwbaar na vijf jaar.

Patiënten met een zorgtraject chronische nierinsufficiëntie krijgen recht op raadplegingen bij een diëtist(e) a rato van 2x per jaar voor CNI stadium 3B, 3x per jaar voor stadium 4 en 4x per jaar voor stadium 5.

3. Administratieve vereenvoudiging voor de patiënten en de zorgverleners in het raam van de zorgtrajecten.

Het feit dat een zorgtrajectcontract bestaat voor een bepaalde patiënt opent een aantal rechten op specifieke zorg.

Zo zal in de revalidatienomenclatuur een bepaling opgenomen worden die het recht op prestaties van diëtetiek en podologie opent voor diabetespatiënten met een zorgtraject, zodat het instrument van diabetespas overbodig wordt voor patiënten met een zorgtraject. Verder zal in die nomenclatuur het recht op prestaties van diëtetiek opgenomen worden voor zorgtrajectpatiënten met chronische nierinsufficiëntie.

Voor beide categorieën van patiënten zal verder ook de toegang tot bepaalde specifieke geneesmiddelen geregeld worden op basis van het feit dat de patiënt een zorgtrajectcontract heeft.

In verdere fasen van de beleidsontwikkeling rond de zorgtrajecten zal het systeem waarbij het zorgtraject dient als grondslag voor het toekennen van rechten in de gezondheidzorgverzekering verder uitgebreid worden, waardoor het zowel voor de patiënten als voor de zorgverleners eenvoudiger wordt om aanspraak op deze rechten te laten gelden.

4. Pilotprojecten lokale multidisciplinaire netwerken

4.1. Uitgangspunten

- Samenwerking tussen zorgverleners is één van de fundamentele pijlers van het zorgtrajecten-systeem zoals het is georganiseerd in het koninklijk besluit van 21 januari 2009. Die samenwerking loopt in het bijzonder tussen de huisarts en de geneesheer-specialist, maar ook met andere zorgverleners. Deze samenwerking zal in hoofdzaak afhangen van de geëngageerde inspanningen van de individuele zorgverleners voor hun individuele patiënten.
- De projecten in Aalst en Leuven rond diabeteszorg hebben aangetoond dat lokale multidisciplinaire netwerken een belangrijke ondersteuning kunnen bieden voor de betrokken actoren.
- De NCGZ wenst de mogelijkheid te bieden om deze 'good practices' uit te breiden. De bedoeling is dus niet nieuwe structuren ter coördinatie van de zorg op te zetten, maar de bestaande actoren in hun samenwerking en interactie te ondersteunen met een financiële stimulus.
- Hiertoe wordt voorgesteld in een eerste fase een aantal pilotprojecten te financieren welke rekening houden met de omvang van de doelgroep, zonder dat dit evenwel een voorwaarde zou zijn voor de start van het zorgtrajecten-systeem.

4.2. Een onderhandeld kader voor de financiering van de pilotprojecten lokale multidisciplinaire netwerken.

De NCGZ, zal in overleg met de Geïntegreerde diensten voor thuisverzorging en de Federale raad voor huisartsenkringen een concreet voorstel ontwikkelen, met volgende elementen:

1. Partners

De huisartsenkringen en de GDT's vormen het ankerpunt voor de financiering van de pilootprojecten, waarin geen enkele partner die in aanmerking komt voor de medewerking aan de uitvoering van de zorgtrajecten mag worden uitgesloten.

2. Doelstellingen

De lokale huisartsenkring en de lokale GDT of het lokale zorgtrajecten-samenwerkingsinitiatief dat zij ontwikkelen verbinden er zich toe een vier jaren-plan op te maken. De volgende actie-punten worden in het actieplan ontwikkeld:

- het verzamelen, updaten en verspreiden van informatie met betrekking tot de zorgverlening voor patiënten met een zorgtrajectcontract en met betrekking tot de zorgverleners en organisaties die lokaal meewerken aan de zorgtrajecten (o.m. het in kaart brengen van alle partners);
- het ondersteunen en faciliteren van lokale initiatieven inzake informatieverstrekking aan zorgverleners en aan patiënten met een zorgtrajectcontract (o.m. uitwisseling 'good practices' en ervaringen tussen zorgverleners; informatie over lokale aangeboden dienstverlening);
- het ondersteunen en faciliteren van de communicatie, het partnership en het lokaal overleg tussen de zorgverleners die meewerken aan de zorgtrajecten (o.m. oplijsting en aanpak probleemsituaties met het oog op optimale zorgkwaliteit);;
- het verzamelen van informatie over de werking van het netwerk op basis van parameters en volgens een methodiek die toelaat de werking van het netwerk te evalueren.

In geen geval kan het pilootproject interfereren in de individuele arts-patiëntrelaties.

3. Financiering

- a. De lokale huisartsenkring of de lokale GDT of het lokale zorgtrajecten-samenwerkingsinitiatief dat zij daartoe oprichten sluit een arbeidsovereenkomst met één of meerdere zorgtrajectpromotors : het actieplan bevat de vertaling van de actie-punten naar het taken-pakket van deze promotor(s).
- b. Het bedrag van de financiering dekt :
 - de kosten verbonden aan de tewerkstelling van de promotors;
 - de andere werkingskosten;

- een billijke vergoeding voor de leden van de huisartsenkring en/of de GDT die instaan voor de begeleiding van de promotor(s).
- c. Het jaarbedrag van de financiering wordt gemoduleerd in functie van het aantal inwoners van het gebied dat door het netwerk wordt bestreken, met als richtbedragen 93.000 EUR voor een gebied met minder dan 300.000 inwoners en 155.500 EUR voor een gebied met meer dan 300.000 inwoners. De modulering van het bedrag bevat mechanismen die huisartsenkringen met huisartsenzones die minder dan 75.000 inwoners tellen aanzet tot het gezamenlijk organiseren van lokale multidisciplinaire netwerken.
- d. De financiering loopt via overeenkomsten met het Verzekeringscomité, gesloten op voorstel van de NCGZ. De initiële looptijd van de overeenkomsten is vier jaar. Deze kan enkel verlengd worden na een positieve evaluatie.
- e. Projecten die al voor 1 april 2009 functioneren volgens de in punt 2 beschreven principes worden in de mogelijkheid gesteld om een project in te dienen dat vanaf 1 april 2009 kan worden gefinancierd.

5. Praktische organisatie van de zorgtrajecten en betaling van de forfaitaire honoraria door de verzekeringsinstellingen.

5.1. De verzekeringsinstellingen hebben sinds de publicatie van het KB van 21 januari 2009 geen problemen gemeld bij de implementatie van het besluit.

5.2. De VI wensen evenwel dat het RIZIV er de aandacht op vestigt dat de betaling van deze honoraria zal gebeuren op het bankrekeningnummer dat op het zorgtrajectcontract staat vermeld, en dat ze, in toepassing van de algemene fiscale wetgeving, de fiscale informatie zullen opmaken en overmaken voor het volledige bedrag van de respectievelijke honoraria op naam van de arts die het betreffende zorgtrajectcontract heeft ondertekend, ongeacht de titularis van het bankrekeningnummer waarop het honorarium werd betaald, en dat zowel de huisartsen alsook de geneesheren-specialisten hiermee rekening houden bij de keuze van het bankrekeningnummer dat ze op de contracten vermelden.

5.3. De VI vestigen er ten slotte nog de aandacht op dat indien een arts op een volgend zorgtrajectcontract een ander bankrekeningnummer vermeldt dan op een vorig contract, zij alle betalingen in het kader van zorgtrajecten aan dezelfde arts steeds zullen doen op het laatst vermelde bankrekeningnummer, en dit tot desgevallend weer een ander bankrekeningnummer wordt vermeld.

6. Bijzondere aandachtspunten voor de evaluatie

De NCGZ zal het globale systeem van de zorgtrajecten nauwgezet evalueren, samen met de andere maatregelen die in het kader van de zorgtrajecten werden uitgewerkt. De NCGZ zal daarbij in het bijzonder aandacht besteden aan de mogelijke implicaties van een van de uitkomsten van de onderhandelingen over het zorgtrajecten-systeem, namelijk dat de patiënt in staat hoort te zijn voor een ambulante follow up van zijn gezondheidsproblemen (zie doc. NCGZ 2008/20, punt 1.1. in fine). Dit zou onder meer inhouden dat een patiënt die is opgenomen in een ROB alleen voor een zorgtraject in aanmerking komt indien hij zijn huisarts (en geneesheer-specialist) kan opzoeken voor consultatie. Deze vraagstelling zal mee opgenomen worden bij een eerste evaluatie van het zorgtrajecten-systeem, waarbij ook zal worden nagegaan wat de eventuele gevolgen kunnen zijn van een wijziging in de gezondheidstoestand van de patiënt ten aanzien van het zorgtraject.

7. Aan de NCGZ wordt gevraagd zich uit te spreken over:

- de inclusiecriteria, de zorgplannen en de ontwerpen van model-zorgtrajectcontract voor de zorgtrajecten voor diabetes type 2 en chronische nierinsufficiëntie
- de voorgestelde maatregelen inzake educatie en zelfcontrole voor de zorgtrajecten voor diabetes type 2 en chronische nierinsufficiëntie
- de voorgestelde maatregelen inzake de administratieve vereenvoudiging voor de patiënten en de zorgverleners in het raam van de zorgtrajecten
- de voorgestelde principes nopens de onderhandelingen om te komen tot een financiering van pilootprojecten inzake lokale multidisciplinaire netwerken.