

17 december 2019

Geachte heer

Gelieve hierbij nog enkele opmerkingen te vinden bij het ontwerp van akkoord van 16 december 2019:

Misschien is het nuttig om voor de laatste lezing de regels te nummeren?

P1: CGV 2019/314.

P1: zgn. quadruple aim

P1: toezichthonoraria

P2, al1: het is niet zo duidelijk wat genoomanalyse met organisatie van zorg te maken heeft

P2, al2: toevoegen kwaliteitsbewaking GMD

P2, al4: 1500 euro = 29,77%

P2, punt3: voor de buitenwereld misschien nog toevoegen dat de indexering van de LVZ die van de resp. onderliggende verstrekkingen volgt

P3, wij verkiezen uiteraard variante 2 (wellicht was variante 3 het resultaat van onze vraag wat de impact zou zijn van een hogere indexering van heelkunde? Niet haalbaar dus)

P3, variante 1: het is toch problematisch dat de al zeer hoge honoraria voor genetic counseling (> € 600, waarbij het gerucht de ronde doet dat dit door sommigen dan nog aan beide ouders wordt aangerekend) standaard volledig geïndexeerd worden en dat elders nauwelijks marge bestaat om een honorarium van € 26 ietwat te verhogen. Wanneer de honoraria in conventies steeds automatisch geïndexeerd worden (idem pancreas- slokdarm?) dan ontstaat een belangrijk onevenwicht in het principe van de selectieve indexering

P4, 4.2.1: principieel akkoord maar dit werd nog nergens in de TGR besproken, er werd geen behoeftenfiche ingediend. De vraag van het veld is blijkbaar om een aantal technische prestaties bij kinderen fors op te waarderen (met dan ook fors incentive om het volume op te drijven) maar dit is o.i. het omgekeerde van wat zou moeten gebeuren, nl. een opwaardering van het raadplegingshonorarium voor kinderen <7j

P4, 4.2.2: vorige maandag werd mondeling aangegeven dat het aanrekenen van het toezichthonorarium toegelaten is en dat de berekening (opwaardering met €38 tot €60) daar ook op gebaseerd is, het is ons niet duidelijk wat er dan nog onduidelijk is en al evenmin hoe de TGR dit zou moeten oplossen. Bij de vergadering van vorige maandag werd ons hierover een nota beloofd maar die hebben we nog niet gezien. We hopen dat in de berekening de pediaters hematologen niet vergeten werden?

P4, variante 2: de besteding van 10.193k aan raadplegingshonoraria is in principe uitstekend maar degenen die er o.i. het meeste nood aan hadden waren de algemeen chirurgen die nu attesteren onder het nummer 101275/101290 samen met ORL en fysiotherapie wat ons niet erg logisch lijkt

(en helaas ook samen met hartchirurgen die nog steeds geen eigen discipline hebben). Het nr 102071/102572 is een amalgaam van disciplines (neurochirurgie, maxillofaciale, oftalmologie, …) waarvoor ev. specifieke maatregelen kunnen voorzien worden. We dringen er dus nogmaals op aan dat alle disciplines hun eigen code zouden krijgen.

P4, variante 3: kan geschrapt worden

P5, 4.3.4: we zouden hier toch graag vermeld zien dat de permanentie door een erkend gynaecoloog moet worden waargenomen. ‘na overleg met het veld’ zal vrijwel zeker resulteren in het schrappen van deze bepaling

P5, 4.3.7: schrappen van …‘ het plaatsen van’…

P5, 4.3.8: Tevens zal de doelmatige aanwending van technische verstrekkingen in geïsoleerde G- en Sp-diensten onderzocht worden

P5, 4.3.9: wij stellen voor om dit gewoon als verstrekking in de nomenclatuur op te nemen; op welke basis zullen gespecialiseerde centra erkend worden? Veel tijdverlies te verwachten. De libellé zal duidelijk maken dat niet elk labo dit kan uitvoeren

P7, 5.2: wij kunnen akkoord gaan met de formuleringen in deze paragraaf en zouden dan ook willen voorstellen niets aan de tekst te veranderen.

P9, 5.3: wij stellen voor om ook pilootprojecten te kunnen opstarten met reeds bestaande initiatieven, zoals oogfundusonderzoek.

P11, 6.3: ...’voor patiënten die in klassieke hospitalisatie een ingreep zullen ondergaan’. Uitdrukkelijke vraag om ook hiervoor een apart nummer te voorzien zoals voor de dagkliniek, en dit niet te verdrinken in de ‘kleine specialist’, anders wordt opvolging ook moeilijk

P11, 6.5: (nog na te kijken: is ECG bij opgenomen patiënten beperkt tot 1x/dag?)

P12, 6.7: het is cruciaal dat hier garanties komen dat de ev. vrijgemaakte middelen meteen in een nieuw initiatief of een aanpassing van een sleutelletter kunnen geherinvesteerd worden

P12, Geïntegreerde praktijkpremie voor huisartsen: het is spijtig dat over de nieuw te formuleren criteria niet eerst werd overlegd, o.a. met het Overlegplatform e-Gezondheid. Dit is belangrijk om geen zaken op te nemen in het akkoord, die dan toch weer niet uitvoerbaar blijken. (ook van belang voor punt 6.7.3 (dataverzameling)).

P13,7: wij herhalen onze vorige nota waarin werd aangedrongen op maximale transparantie

P14,8: 29,77%

met vriendelijke groet,

Robert Rutsaert

Reinier Hueting