

# RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING

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

## Dienst voor Geneeskundige Verzorging

### NATIONALE COMMISSIE ARTSEN-ZIEKENFONDSEN

Nota NCAZ 2023/069

Brussel, 19 juni 2023

#### **BETREFT:**

**Overeenkomst in toepassing van art 56, § 1 ter financiering van een vergelijkende studie betreffende het organisatie en financieringsmodel in de huisartsgeneeskunde**

#### **BIJLAGEN**

1. Ontwerp van overeenkomst in toepassing van art 56, § 1 ter financiering van een vergelijkende studie betreffende het organisatie en financieringsmodel in de huisartsgeneeskunde
2. Actuariële analyse

#### **INHOUD VAN HET VOORSTEL**

Er wordt een overeenkomst afgesloten met huisartsenpraktijken die zich vrijwillig kandidaat stellen en geselecteerd worden om deel te nemen aan een vergelijkende studie betreffende het organisatie en financieringsmodel in de huisartsgeneeskunde.

De overeenkomst zal van start gaan in het eerste kwartaal van 2024 en heeft een duurtijd van 3 jaar.

#### **MOTIVERING**

##### **1. Inleiding**

###### **1.1. Reflectiegroep New Deal: een participatief traject samen met de sector**

Om een vernieuwd en duurzaam organisatie- en financieringsmodel voor de hedendaagse huisartsenpraktijk uit te werken gaf de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid op 17 juni 2022 een opdracht aan een reflectiegroep<sup>1</sup>, die zich boog over volgende vragen:

1. Wat wordt verwacht van een huisartsenpraktijk? Welk zorgpakket moet een huisartsenpraktijk bieden?
2. Welke profielen moeten hiertoe aanwezig zijn binnen deze praktijk, inclusief de ondersteunende profielen?
3. Hoe moet de relatie met de patiënt uitgebouwd worden?
4. Welk alternatief en gemengd financieringsmodel moet hierop geënt worden? Hoe ervoor zorgen dat dit financieringsmodel een goed evenwicht biedt tussen vrijheid en verantwoordelijkheid voor het zorgpakket.

<sup>1</sup> <https://vandenbroucke.belgium.be/nl/naar-een-new-deal-voor-de-huisartspraktijk>

De reflectiegroep was samengesteld uit brede vertegenwoordiging vanuit de sector: artsensyndicaten, wetenschappelijke beroepsverenigingen, huisartsenkringen, universiteiten, mutualiteiten, KCE, FOD Volksgezondheid en het RIZIV. Bij het afvaardigen van deze vertegenwoordiging werd gevraagd om zoveel mogelijk actieve huisartsen af te vaardigen en is voldoende aandacht gegeven om ook jonge en/of vrouwelijke huisartsen te betrekken. Om deze vragen te beantwoorden kwam de reflectiegroep 2-wekelijks samen vanaf medio september 2022.

Parallel met de werkzaamheden van de reflectiegroep werden focusgroepen georganiseerd rond de onderzoeksvragen, via 11 LOK's, die geselecteerd werden op basis van regionale spreiding, diversiteit in leeftijd en samenstelling van praktijktype van de deelnemers, gedurende de maanden oktober tot december 2022 om ook dieper op deze vragen in te gaan met groepen artsen van op het werkveld.

Daarnaast werd ook een brede bevraging bij de actieve huisartsen georganiseerd in januari 2023, ingevuld door 2.453 huisartsen, waarbij de huidige en toekomstige noden in kaart gebracht werden, ook de tevredenheid over de job en het financieringssysteem en de bereidheid tot verandering werden bevestigd.

Er werd ook wetenschappelijke input gevraagd aan het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, die de situatie hebben beschreven in 5 andere Europese landen met een gemengd financieringsmodel voor de huisartsgeneeskunde.

Het eindrapport van de reflectiegroep werd overhandigd aan de minister en voorgesteld aan de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen en werd gepubliceerd op de website van het RIZIV.<sup>2</sup>

Het rapport geeft de gevoerde discussies weer, waar er voor sommige thema's veel convergentie vast te stellen was, en waar voor andere thema's de standpunten meer uit elkaar lagen. Het rapport bevat daarnaast een duidelijk kader voor een nieuw organisatie- en financieringsmodel, dat moet toelaten dat huisartsen zich kunnen toeleggen op taken waarvoor ze écht zijn opgeleid en alle patiënten verzekerd worden van een kwalitatieve en toegankelijke eerstelijnszorg.

Op basis van de conclusies en het voorstel van de reflectiegroep, werd binnen de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen het nieuw evenwichtig financieringskader verder verfijnd en concreet uitgewerkt.

## **1.2. Doelstellingen**

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

<sup>2</sup> [https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/eindrapport\\_new\\_deal.pdf](https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/eindrapport_new_deal.pdf)

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.

Het nieuwe organisatie-en financieringssysteem moet een beter antwoord bieden op de toename van chronische patiënten en toelaten om meer patiënten per arts te behandelen, onder meer door het incentivieren van taakdelegatie.

Dit wordt gerealiseerd via een premie voor het inzetten van praktijkverpleegkundigen, een premie voor praktijkmanagement en een aanpassing van het financieringssysteem, waarbij er verschuiving is van de honoraria per prestatie, naar de capitatiefinanciering.

Dit systeem beoogt de volgende effecten:

Gewogen capitatiefinanciering, analoog aan het GMD, maar met hogere bedragen:

- Erkenning en honoreren van werk buiten directe patiëntencontacten
- Meer autonomie in het besteden van de middelen (diversiteit huisartspraktijkenlandschap)
- Laat taakdelegatie toe, tussen huisartsen en/of andere zorgprofessionelen.
- Vergoeding volgens zorgzwaarte en complexiteit
- Loon naar werken blijft behouden maar incentive voor volume over kwaliteit neemt af
- Valorisatie technische acties blijft door behoud huidige tarieven

Premiefinanciering voor praktijken (praktijkmanagement/verpleegkundige in huisartspraktijk):

- Kwaliteitsverhoging door meer preventieve en proactieve zorg door taakdelegatie
- Toegankelijkheid huisarts voor nieuwe patiënten stijgt
- Professionele tevredenheid stijgt door taakdelegatie voor protocoleerbare zorg
- Minder consultaties per huisarts door taakdelegatie
- Praktijkmanagement premie maakt tijd vrij voor ontwikkelen praktijkprocessen en richtlijnen met kwaliteitsverbetering tot gevolg

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 voorziene evaluatie structureel te verankeren in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

## **2. Toetredingsprocedure**

### **2.1. Methode voor aanmelding**

Huisartspraktijken die voldoen aan de voorwaarden tot toetreding en die wensen toe te treden tot de overeenkomst kunnen zich aanmelden bij de Dienst Geneeskundige Verzorging van het RIZIV, volgens de procedure die zal worden kenbaar gemaakt via de website van het RIZIV. De aanmelding wordt ondertekend door elke huisarts van de huisartspraktijk.

### **2.2. 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.

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.

De huisartsen maken gebruik van een gehomologeerd elektronisch medisch dossier.

### **2.3. Aantal deelnemende praktijken in startfase**

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

Indien er meer kandidaturen zijn dan beschikbare plaatsen, zal de Dienst 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 dichtbevolkt gebied (waarbij minstens 50% in stedelijke centra woont, volgens de laatste beschikbare gegevens bij Eurostat (NUTS en DEGURBA))<sup>3</sup>. Minstens 25% ligt buiten een stad.
3. De laagste densiteit van huisartsen voor de gemeente van de praktijk.

De selectie wordt vervolgens voorgelegd aan het Verzekeringscomité.

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.

### **2.4. Termijnen**

De oproep tot kandidaturen wordt door het RIZIV gedaan voor 31 oktober 2023. Kandidaturen kunnen ingediend worden tot 30 november 2023.

<sup>3</sup> <https://ec.europa.eu/eurostat/web/degree-of-urbanisation/background>

### **3. Inhoud overeenkomst**

#### **3.1. Verbintenissen van de huisartspraktijk**

In artikel 3 van de overeenkomst worden de verbintenissen van de huisartsenpraktijk beschreven, waaronder het basiszorgpakket en het kader waarbinnen de taakdelegatie kan plaatsvinden.

Bij de taakdelegatie is van belang dat indien er een beoefenaar van de verpleegkunde werkzaam is in de praktijk er integratie-instrumenten worden gebruikt zoals regelmatig zorgoverleg tussen artsen en praktijkverpleegkundigen over casuïstiek en methodiek van geïntegreerd werken en het gebruik geprotocolleerde gedeelde zorgprocessen. De huisartspraktijk dient te communiceren over het zorgaanbod en de rolverdeling voor de verschillende zorgverleners en ondersteunende medewerkers naar de hun patiëntenbestand.

In verband met de beschikbaarheid en bereikbaarheid wordt gesteld dat de huisartspraktijk:

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

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

Wanneer er wijzigingen zijn in de samenstelling van de huisartspraktijk, wordt een wijziging van de groepering binnen strikt opgelegde termijnen doorgegeven via de toepassing Progezondheid. 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.

#### **3.2. Financiële tussenkomst van het RIZIV**

##### **3.2.1. 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 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.

De verstrekking voor de gewogen capitatiefinanciering wordt per kwartaal toegekend voor de patiënten die op de eerste dag van het 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) en de taken die voortvloeien uit de verbintenissen van de huisartspraktijk, opgenomen in artikel 3.

De vergoeding wordt betaald aan de huisartspraktijk.

### 3.2.2. Prestatiefinanciering voor patiënten met een vaste behandelrelatie

De huisarts factureert de geleverde prestaties elektronisch aan de verzekeringsinstellingen voor patiënten met een vaste behandelrelatie.

Voor elke verstrekking wordt een referentieverstrekking uit de nomenclatuur aangeduid, met eenzelfde omschrijving, maar een verschillend honorarium.

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.

### 3.2.3. Prestatiefinanciering voor patiënten zonder een vaste behandelrelatie

Bij patiënten zonder vaste behandelrelatie factureert de huisarts de referentieverstrekkingen uit artikel 2 van de nomenclatuur. Dit is het zogenaamde 'passantentarif'.

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

### 3.2.4. Beschikbaarheidstoeslagen en prestaties 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.

### 3.2.5. Technische prestaties

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

### 3.2.6. Zorgtrajecten, deelname aan een multidisciplinair overleg en thuishospitalisatie

Huisartsen kunnen aanspraak maken op de honoraria voor zorgtrajecten diabetes type 2 en chronische nierinsufficiëntie, volgens de algemene geldende voorwaarden.<sup>4</sup>

De verstrekkingen voor deelname aan het multidisciplinair oncologisch consult, de verstrekkingen die voorzien zijn voor huisartsen in de overeenkomst voor een aangepaste zorgaanpak van long-covid-19 en de verstrekkingen in het kader van de thuishospitalisatie kunnen aangerekend worden door de huisartsen.

De verstrekkingen die voorzien zijn voor huisartsen in de overeenkomst voor een aangepaste zorgaanpak van long-covid-19 en in het kader van de thuishospitalisatie, kunnen eveneens worden aangerekend door de huisartsen.

### 3.2.7. Geïntegreerde praktijkpremie

Alle huisartsen van een huisartspraktijk komen in aanmerking voor de geïntegreerde praktijkpremie.

### 3.2.8. 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 112.482 EUR bedragen per huisartspraktijk.

<sup>4</sup> <https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/zorgkwaliteit/zorgtrajecten/Paginas/default.aspx>

Samenvattend:

Aantal patiënten met vaste behandelrelatie	Minimaal aantal uren per week praktijkverpleegkundige	Premie op jaarbasis	premie per kwartaal
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 €

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

Deze premies zijn gebaseerd op de IFIC doelbarema's voor een verpleegkundige in een wijkgezondheidscentrum (schaal 14)<sup>5</sup>.

3.2.9. 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.

Minimum aantal artsen	Minimum aantal loontrekkenden	Minimum aantal patiënten met vaste behandelrelatie	Bedrag per kwartaal
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.

<sup>5</sup> <https://www.if-ic.org/nl/file?jobFunction=154>

### **3.3. Supplementen**

Er kunnen geen supplementen worden aangerekend bij de honoraria voor raadplegingen en bezoeken en de honoraria voor de gewogen capitatiefinanciering, bij de patiënten met een vaste behandelrelatie.

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

- a) Alle huisartsen van de praktijk zijn niet, of gedeeltelijk toegetreden 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) Het supplement bij de verstrekkingen voor een raadpleging of bezoek die voorzien zijn in deze overeenkomst kan maximaal 25% van het vastgestelde honorarium bedragen.
- e) De supplementen worden verplicht elektronische gefactureerd, zoals bepaald in het koninklijk besluit van ... (*publicatie volgt*).

### **4. 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.

Het KCE zal de opdracht opnemen voor het evalueren van het nieuwe systeem.

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.

Deze niet exhaustieve lijst van onderzoeksvragen kunnen worden aangevuld, o.a. door het Begeleidingscomité van dit pilootproject.

## **5. Opvolging van de 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 onderzoeksinstelling(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.

## **6. Algemene bepalingen**

### **6.1. Prestaties 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, kunnen niet worden aangerekend via de verstrekkingen uit artikel 8 van de nomenclatuur. Taken die autonoom worden uitgevoerd door de praktijkverpleegkundige kunnen evenmin worden aangerekend via verstrekkingen aangerekend door de huisarts.

Bij de premieaanvraag voor de praktijkverpleegkundige worden volgende bewijsstukken gevoegd:

- 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 als praktijkverpleegkundige.

## **6.2. Indexatie**

De bedragen voor honoraria voor de gewogen capitatiefinanciering, de honoraria voor de prestaties en de premies voor een praktijkverpleegkundige en praktijkmanagement 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.

## **6.3. 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 Medicomut, 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.

## **BUDGETTAIRE WEERSLAG**

Voor de startfase met 120 praktijken is een budget noodzakelijk van 4.775 duizend EUR. Er is een mogelijkheid om het project uit te breiden naar 578 praktijken binnen een budget van 23 miljoen EUR.

## **ADMINISTRATIEVE WEERSLAG**

- Oproep tot kandidaturen
- Selectie van de kandidaten
- Afsluiten en opvolgen van de overeenkomsten met de geselecteerde huisartsenpraktijken

## **PROCEDURE**

- Artikel 56, §1 GVV-wet, gecoördineerd op 14 juli 1994

## **OPDRACHT VAN DE NATIONALE COMMISSIE ARTSEN-ZIEKENFONDSEN**

De Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen wordt verzocht om het ontwerp van overeenkomst in bijlage 1 goed te keuren.

## BIJLAGE 1

### OVEREENKOMST IN TOEPASSING VAN ART 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 ...,

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 taakinvulling, 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 uitgbaat 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.<sup>6</sup>

<sup>6</sup> <https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuele zorgverleners/artsen/beroep/Paginas/huisartsengroepering-laten-registeren.aspx>

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.<sup>7</sup>

### §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 woont<sup>8</sup>). 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.

### §4. Termijnen

De oproep tot kandidaturen wordt door het RIZIV gedaan voor 31 oktober 2023.

Kandidaturen kunnen ingediend worden tot 30 november 2023.

## **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.

---

<sup>7</sup> <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/bsluit/1996/07/03/1996022344/justel>

<sup>8</sup> Volgens de laatst beschikbare gegevens van Eurostat op basis van NUTS en DEGURBA

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 gezondheidszorgberoepen<sup>9</sup>; 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 voldoen<sup>10</sup>; en de wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg<sup>11</sup>.

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.

---

<sup>9</sup> [https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2015051006&table\\_name=wet](https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2015051006&table_name=wet)

<sup>10</sup> [https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\\_theme\\_file/annexes\\_de\\_lar\\_du\\_18\\_juin\\_1990.pdf](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/annexes_de_lar_du_18_juin_1990.pdf)

<sup>11</sup> <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.<sup>12</sup> 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 prestaties

De geleverde prestaties 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 en §2.

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

- a) Alle huisartsen van de praktijk zijn niet, of gedeeltelijk toetreden tot het Akkoord artsen-ziekenfondsen, en hebben hun weigering of gedeeltelijke toetreding tijdig doorgegeven via de ProGezondheid-module.

---

<sup>12</sup> <https://www.inami.fgov.be/nl/professionals/individuele zorgverleners/artsen/hulp/geintegreerde-praktijk/Paginas/toelichting-ge%C3%AFntegreerde-praktijkpremie.aspx>

- 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) Het supplement bij de verstrekkingen voor een raadpleging of bezoek die voorzien zijn in deze overeenkomst kan maximaal 25% van het vastgestelde honorarium bedragen.
- e) De supplementen worden verplicht elektronische gefactureerd, zoals bepaald in het koninklijk besluit van ... (*publicatie volgt*).

#### §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 2<sup>e</sup> kalendermaand die voorafgaat aan de eerste dag van een trimester waar een wijziging in samenstelling plaatsvindt.

#### **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	Bedrag per kwartaal
	Gewogen capitatiefinanciering per rechthebbende met leeftijd		
<b>107273</b>	tot 25 jaar zonder statuut verhoogde tegemoetkoming	30,11 €	7,53 €
<b>107295</b>	tot 25 jaar met statuut verhoogde tegemoetkoming	57,19 €	14,30 €
<b>107310</b>	vanaf 25 jaar tot 60 jaar zonder statuut verhoogde tegemoetkoming	41,65 €	10,41 €
<b>107332</b>	vanaf 25 jaar tot 60 jaar met statuut verhoogde tegemoetkoming	97,77 €	24,44 €
<b>107354</b>	vanaf 60 jaar tot 75 jaar zonder statuut verhoogde tegemoetkoming	54,49 €	13,62 €
<b>107376</b>	vanaf 60 jaar tot 75 jaar met statuut verhoogde tegemoetkoming	120,54 €	30,14 €
<b>107391</b>	vanaf 75 jaar zonder statuut verhoogde tegemoetkoming	75,75 €	18,94 €
<b>107413</b>	vanaf 75 jaar met statuut verhoogde tegemoetkoming	176,65 €	44,16 €

De verstrekking voor de gewogen capitatiefinanciering wordt per kwartaal toegekend voor de patiënten die op de eerste dag van het 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 prestaties 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 verschillend honorarium.

Code	Referentie verstrekking	Beschrijving	Honorarium	PA – VT*	PA – geen VT*
107435	101076	Raadpleging in de spreekkamer door een geaccrediteerde huisarts	15,96 EUR	1 EUR	4 EUR
107450	103095	Supplement voor een ongewone raadpleging of een ongewoon bezoek van de huisarts	17,91 EUR	0 EUR	0 EUR
107472	101673	Videoraadpleging door een huisarts	14,28 EUR	1 EUR	4 EUR
107494	103132	Huisbezoek door de huisarts	27,51 EUR	2 EUR	8 EUR
107516	103412	Bezoek naar aanleiding van eenzelfde reis voor twee rechthebbenden	22,00 EUR	2 EUR	8 EUR
107531	103434	Bezoek naar aanleiding van eenzelfde reis voor meer dan twee rechthebbenden	20,63 EUR	2 EUR	8 EUR
107553	106610	Bezoek door een huisarts aan een rechthebbende verblijvend in een woonzorgcentrum of rusthuis, per rechthebbende	27,51 EUR	2 EUR	8 EUR

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

De toepassingsregels, cumulregels en vergoedingsvoorwaarden die gelden voor de referentieverstrekkings 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 B1, B2, B3 en B4 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 referentieverstrekkings uit de nomenclatuur niet worden aangerekend. Permanentietoeslagen voor raadplegingen tussen 18u en 21u (verstrekking 101113) kunnen niet worden aangerekend.

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

- a) ofwel de stagemeester op elk moment telefonisch bereikbaar is;
- b) ofwel de stagemeester 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 referentieverstrekkings uit artikel 2 van de nomenclatuur.

Per kalenderjaar kan het aandeel van het aantal prestaties 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 prestaties voor raadplegingen, videoraadplegingen en bezoeken die worden aangerekend dezelfde huisarts buiten de uren van georganiseerde wachtdienst.

### §4. Beschikbaarheidstoelagen en prestaties 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 prestaties

Bij alle patiënten (met en zonder vaste behandelrelatie) worden technische prestaties (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 prestaties in het kader van thuishospitalisatie

Huisartsen kunnen aanspraak maken op de honoraria voor zorgtrajecten diabetes type 2 en chronische nierinsufficiëntie, volgens de algemene geldende voorwaarden<sup>13</sup>.

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.

---

<sup>13</sup> <https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/zorgkwaliteit/zorgtrajecten/Paginas/default.aspx>

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.

#### §7. Geïntegreerde praktijkpremie

Alle huisartsen van een huisartspraktijk komen in aanmerking voor de geïntegreerde praktijkpremie<sup>14</sup>, volgens de voorwaarden voorzien in het KB 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.

#### §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

---

<sup>14</sup> <https://www.inami.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/artsen/hulp/geintegreerde-praktijk/Paginas/default.aspx>

verpleegkunde aanwezig is in de huisartspraktijk voor het uitvoeren van de taken die voorzien zijn binnen deze overeenkomst.

De premie kan jaarlijks maximaal 112.482 EUR bedragen per huisartspraktijk.

Samenvattend:

<b>Aantal patiënten met vaste behandelrelatie</b>	<b>Minimaal aantal uren per week praktijkverpleegkundige</b>	<b>Premie op jaarbasis</b>	<b>premie per kwartaal</b>
<b>1.000</b>	12	18.747,00 €	4.686,75 €
<b>1.500</b>	18	28.120,50 €	7.030,13 €
<b>2.000</b>	24	37.494,00 €	9.373,50 €
<b>2.500</b>	30	46.867,50 €	11.716,88 €
<b>3.000</b>	36	56.241,00 €	14.060,25 €
<b>3.500</b>	42	65.614,50 €	16.403,63 €
<b>4.000</b>	48	74.988,00 €	18.747,00 €
<b>4.500</b>	54	84.361,50 €	21.090,38 €
<b>5.000</b>	60	93.735,00 €	23.433,75 €
<b>5.500</b>	66	103.108,50 €	25.777,13 €
<b>6.000</b>	72	112.482,00 €	28.120,50 €

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

De premie wordt jaarlijks aangevraagd door de huisartspraktijk. Bij de premieaanvraag worden volgende bewijsstukken gevoegd:

- 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:

<b>Minimum aantal artsen</b>	<b>Minimum aantal loontrekkenden</b>	<b>Minimum aantal patiënten met vaste behandelrelatie</b>	<b>Bedrag per kwartaal</b>
<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1.000</b>	<b>1.794 €</b>
<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1.500</b>	<b>2.392 €</b>
<b>4</b>	<b>2</b>	<b>2.000</b>	<b>3.588 €</b>

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.

## **Artikel 6. Algemene bepalingen**

### §1. Prestaties 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 honoraria voor de gewogen capitatiefinanciering (art.5, §1), de honoraria voor de prestaties (art. 5, §2) en 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 prestaties 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:

- 7) 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.)
- 8) 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.
- 9) Het aantal consultaties en bezoeken per patiënt en per leeftijdsgroep, voor de verschillende financieringssystemen en de bijhorende uitgaven voor de ziekteverzekering.
- 10) De tevredenheid van zorgverleners over het nieuwe gemengde financieringssysteem op vlak van jobinhoud, administratieve belasting, verloning, etc.
- 11) Een beschrijving van de taakdelegatie naar praktijkverpleegkundigen die plaatsvindt in de praktijken met het gemengd financieringssysteem.
- 12) Een beschrijving van kwaliteitsprocessen in de praktijken met het gemengd financieringssysteem.

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)<sup>15</sup>

---

<sup>15</sup> <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 xx/xx/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 ... .

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

..., vertegenwoordiger voor ..., de tweede contractant

## Bijlage detailberekening

Bedragen in EUR

Niet-voorkeur									
<b>Capitatievergoeding</b>	Vergoeding	Gevallen 2021				Projectie GMD-uitgaven in P2023			
<i>Leeftijdsklasse</i>	2023	<25	25-59	60-74	>75	<25	25-59	60-74	>75
Beheer GMD	34,53	1.812.824	3.477.449	1.170.361	726.243	62.596.812,72	120.076.313,97	40.412.565,33	25.077.170,79
Beheer GMD chronisch zieke	63,30	0	135.503	251.808	5.255	0,00	8.577.339,90	15.939.446,40	332.641,50
<b>Totaal</b>		<b>1.812.824</b>	<b>3.612.952</b>	<b>1.422.169</b>	<b>731.498</b>	<b>62.596.812,72</b>	<b>128.653.653,87</b>	<b>56.352.011,73</b>	<b>25.409.812,29</b>
<b>Capitatievergoeding</b>	Gemiddelde gewogen capitatievergoeding in P2023				Impact gemiddelde gewogen capitatievergoeding in 2023				
<i>Leeftijdsklasse</i>	<25	25-59	60-74	>75	<25	25-59	60-74	>75	
<i>Nieuwe code</i>	107273	107310	107354	107391	107273	107310	107354	107391	
Capitatievergoeding	64,64	77,15	94,20	110,50	117.180.943,36	268.285.190,35	110.248.006,20	80.249.851,50	
Capitatievergoeding	64,64	77,15	94,20	110,50	0,00	10.454.056,45	23.720.313,60	580.677,50	
<b>Totaal</b>					<b>117.180.943,36</b>	<b>278.739.246,80</b>	<b>133.968.319,80</b>	<b>80.830.529,00</b>	
Voorkeur									
<b>Capitatievergoeding</b>	Vergoeding	Gevallen 2021				Projectie GMD-uitgaven in P2023			
<i>Leeftijdsklasse</i>	2023	<25	25-59	60-74	>75	<25	25-59	60-74	>75
Beheer GMD	34,53	387.726	437.815	197.479	323.828	13.388.178,78	15.117.751,95	6.818.949,87	11.181.780,84
Beheer GMD chronisch zieke	63,30	0	70.934	109.793	1.562	0,00	4.490.122,20	6.949.896,90	98.874,60
<b>Totaal</b>		<b>387.726</b>	<b>508.749</b>	<b>307.272</b>	<b>325.390</b>	<b>13.388.178,78</b>	<b>19.607.874,15</b>	<b>13.768.846,77</b>	<b>11.280.655,44</b>
<b>Capitatievergoeding</b>	Gemiddelde gewogen capitatievergoeding in P2023				Impact gemiddelde gewogen capitatievergoeding in 2023				
<i>Leeftijdsklasse</i>	<25	25-59	60-74	>75	<25	25-59	60-74	>75	
<i>Nieuwe code</i>	107273	107310	107354	107391	107273	107310	107354	107391	
Capitatievergoeding	91,61	136,30	165,32	211,29	35.519.578,86	59.674.184,50	32.647.228,28	68.421.618,12	
Capitatievergoeding	91,61	136,30	165,32	211,29	0,00	9.668.304,20	18.150.978,76	330.034,98	
<b>Totaal</b>					<b>35.519.578,86</b>	<b>69.342.488,70</b>	<b>50.798.207,04</b>	<b>68.751.653,10</b>	
TOTAAL									
<b>Capitatievergoeding</b>	Vergoeding	Gevallen 2021				Projectie GMD-uitgaven in P2023			
<i>Leeftijdsklasse</i>	2023	<25	25-59	60-74	>75	<25	25-59	60-74	>75
Beheer GMD	34,53	2.200.550	3.915.264	1.367.840	1.050.071	75.984.991,50	135.194.065,92	47.231.515,20	36.258.951,63
Beheer GMD chronisch zieke	63,30	0	206.437	361.601	6.817	0,00	13.067.462,10	22.889.343,30	431.516,10
<b>Totaal</b>		<b>2.200.550</b>	<b>4.121.701</b>	<b>1.729.441</b>	<b>1.056.888</b>	<b>75.984.991,50</b>	<b>148.261.528,02</b>	<b>70.120.858,50</b>	<b>36.690.467,73</b>
<b>Capitatievergoeding</b>	Gemiddelde gewogen capitatievergoeding in P2023				Impact gemiddelde gewogen capitatievergoeding in 2023				
<i>Leeftijdsklasse</i>	<25	25-59	60-74	>75	<25	25-59	60-74	>75	
<i>Nieuwe code</i>									
Capitatievergoeding	69,39	83,76	104,47	141,58	152.700.522,22	327.959.374,85	142.895.234,48	148.671.469,62	
Capitatievergoeding		97,47	115,79	133,59	0,00	20.122.360,65	41.871.292,36	910.712,48	
<b>Totaal</b>					<b>152.700.522,22</b>	<b>348.081.735,50</b>	<b>184.766.526,84</b>	<b>149.582.182,10</b>	

## BIJLAGE 2

### RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING

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

#### Dienst voor geneeskundige verzorging

Brussel, juni 2023

**Betreft :**        **Financiële analyse van het actuaariaat:**  
Overeenkomst in toepassing van art 56, § 1 ter financiering van een vergelijkende studie betreffende het organisatie en financieringsmodel in de huisartsgeneeskunde

Er wordt een overeenkomst afgesloten met huisartsenpraktijken die zich vrijwillig kandidaat stellen en geselecteerd worden om deel te nemen aan een vergelijkende studie betreffende het organisatie en financieringsmodel in de huisartsgeneeskunde.

De overeenkomst zal van start gaan in het eerste kwartaal van 2024 en heeft een duurtijd van 3 jaar.

Huisartspraktijken die voldoen aan de voorwaarden tot toetreding en die wensen toe te treden tot de overeenkomst kunnen zich aanmelden bij de Dienst Geneeskundige Verzorging van het RIZIV, volgens de procedure die zal worden kenbaar gemaakt via de website van het RIZIV. De aanmelding wordt ondertekend door elke huisarts van de huisartspraktijk. 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.

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

In de startfase wordt gerekend op 120 praktijken. Dit komt neer op 360 artsen die via de overeenkomst actief zijn. Zij zullen gemiddeld 191.960 GMD's beheren, wat neerkomt op 1.593 GMD's per praktijk of 2,1% van alle GMD's.

De volgende zaken maken deel uit van de overeenkomst:

1) Gewogen capitatiefinanciering

Bovenop het beheer van het GMD ontvangt de praktijk per rechthebbende een captatiefinanciering, die wordt bepaald in functie van de leeftijd van de patiënt en het statuut van verhoogde tegemoetkoming. De betaling gebeurt per kwartaal.

2) Prestatiefinanciering voor patiënten met een vaste behandelrelatie

De huisarts factureert de geleverde prestaties 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 verschillend honorarium.

3) Prestatiefinanciering voor patiënten zonder een vaste behandelrelatie

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

Per kalenderjaar kan het aandeel van het aantal prestaties 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 prestaties voor raadplegingen, videoraadplegingen en bezoeken die worden aangerekend dezelfde huisarts buiten de uren van georganiseerde wachtdienst.

#### 4) Beschikbaarheidstoelagen en prestaties 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.

#### 5) Technische prestaties

Bij alle patiënten (met en zonder vaste behandelrelatie) worden technische prestaties (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 thuishospitalisatie

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

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

#### 7) Geïntegreerde praktijkpremie

Alle huisartsen van een huisartspraktijk komen in aanmerking voor de geïntegreerde praktijkpremie<sup>14</sup>, volgens de voorziene voorwaarden.

#### 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.

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

#### 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.

Er worden 3 premies voorzien: 1.794,00 EUR, 2.392,00 EUR of 3.588,00 EUR. De bedragen zijn per kwartaal en variëren op basis van het aantal artsen en aantal patiënten met een vaste behandelrelatie.

## Tarieven onderdelen 1) en 2)

De vergoedingen zijn berekend door RDQ op basis van de data 2021, waarbij er voor de nieuwe honoraria rekening gehouden wordt met de verdeling tussen rechthebbenden op basis van voorkeurregeling en het statuut chronisch zieken. De vergoedingen werden dan geïndexeerd naar prijzen 2023.

Honoraria New Deal							
Code	Mmschrijving	Referentie- verstrekking	Honorarium New Deal in P2021	Honorarium New Deal in P2023	Honorarium New Deal in P2023, per kwartaal	Persoonlijk aandeel niet- voorkeur	Persoonlijk aandeel voorkeur
<b>Gewogen capitatiefinanciering per rechthebbende per leeftijdsklasse</b>					IN EUR		
107273	tot 25 jaar zonder statuut verhoogde tegemoetkoming		27,90	30,11	7,53	Niet van toepassing	
107295	tot 25 jaar met statuut verhoogde tegemoetkoming		53,00	57,19	14,30		
107310	vanaf 25 jaar tot 60 jaar zonder statuut verhoogde tegemoetkoming		38,60	41,65	10,41		
107332	vanaf 25 jaar tot 60 jaar met statuut verhoogde tegemoetkoming		90,60	97,77	24,44		
107354	vanaf 60 jaar tot 75 jaar zonder statuut verhoogde tegemoetkoming		50,50	54,49	13,62		
107376	vanaf 60 jaar tot 75 jaar met statuut verhoogde tegemoetkoming		111,70	120,54	30,14		
107391	vanaf 75 jaar zonder statuut verhoogde tegemoetkoming		70,20	75,75	18,94		
107413	vanaf 75 jaar met statuut verhoogde tegemoetkoming		163,70	176,65	44,16		
<b>Prestatiefinanciering vaste behandelrelatie</b>					IN EUR		
107435	Raadpleging in de spreekkamer door een geaccrediteerde huisarts	101076	14,40	15,96		4,00	1,00
107450	Complexe raadpleging (supplement)	103095	16,60	17,91		Niet van toepassing	
107472	Videoraadpleging	101673	12,88	14,28		4,00	1,00
107494	Bezoek door de huisarts	103132	25,94	27,98		8,00	2,00
107516	Bezoek naar aanleiding van eenzelfde reis voor twee rechthebbenden	103412	20,74	22,38		8,00	2,00
107531	Bezoek naar aanleiding van eenzelfde reis voor meer dan twee rechthebbenden	103434	19,45	20,98		8,00	2,00
107553	Bezoek door een huisarts aan een rechthebbende verblijvend in een woonzorgcentrum of rusthuis, per rechthebbende		25,94	27,98		8,00	2,00

## Budgettaire impact

Voor de onderdelen **3), 4), 5), 6) en 7)** is geen budgettaire impact ten opzichte van de huidige uitgaven. Deze worden beschouwd als **budgetneutraal**.

Voor **onderdelen 1) en 2)** wordt gewerkt met de gegevens 2021 die bekomen zijn via RDQ. Er is er globaal gezien sprake van een verschuiving tussen de types van financiering, maar in zijn geheel is er in het kader van de overeenkomst een beperkte **meerkost van 600 EUR**. Op de volledige populatie zou er een meerkost zijn van 27 duizend EUR. Dit alles werd berekend op basis van de gevallen 2021 aan prijzen 2023. De gedetailleerde berekeningen zijn terug te vinden in bijlage.

In de startfase wordt gerekend op 120 praktijken, deze zouden 2,1% van de GMD's beheren. Voor deze praktijken bedragen de huidige uitgaven met betrekking tot GMD 6,952 miljoen EUR en voor de gemiddelde bijkomende gewogen capitatievergoeding (inclusief vergoeding GMD – om homogeen te kunnen vergelijken) zou dat 17,537 miljoen EUR zijn. De uitgaven voor de verstrekkingen in de nomenclatuur bedragen momenteel 25,489 miljoen EUR en zullen in het prestatiefinancieringsmodel voor patiënten met een vaste behandelrelatie met een 14,905 miljoen EUR bedragen.

Het bedrag van de accreditering is inbegrepen in de prijs van de nieuwe raadplegingen, alsook de vergoeding voor adviezen. De gemiddelde ZIV-tegemoetkomingen worden berekend rekening houdend met de remgelden en verdeling tussen rechthebbenden op basis van voorkeurregeling.

	Niet-voorkeur					Aandeel
	Huidige uitgaven in P2023 in EUR					overeenk. 2,1%
Leeftijdsklasse	<25	25-59	60-74	>75	Totaal	Totaal
GMD	62.596.812,72	128.653.653,87	56.352.011,73	25.409.812,29	273.012.290,61	5.733.258,10
Verstrekkingen	135.825.480,61	367.519.711,20	185.791.170,88	156.900.373,71	846.036.736,40	17.766.771,46
<b>Totaal</b>	<b>198.422.293,33</b>	<b>496.173.365,07</b>	<b>242.143.182,61</b>	<b>182.310.186,00</b>	<b>1.119.049.027,01</b>	<b>23.500.029,56</b>
	Uitgaven in New Deal in P2023 in EUR					
Leeftijdsklasse	<25	25-59	60-74	>75	Totaal	Totaal
Capitatievergoeding	117.180.943,36	278.739.246,80	133.968.319,80	80.830.529,00	610.719.038,96	12.825.099,82
Prestatiefinanciering	81.542.274,42	217.606.091,41	108.215.507,56	101.505.467,69	508.869.341,08	10.686.256,16
<b>Totaal</b>	<b>198.723.217,78</b>	<b>496.345.338,21</b>	<b>242.183.827,36</b>	<b>182.335.996,69</b>	<b>1.119.588.380,04</b>	<b>23.511.355,98</b>
	Voorkeur					Aandeel
	Huidige uitgaven in P2023 in EUR					overeenk. 2,1%
Leeftijdsklasse	<25	25-59	60-74	>75	Totaal	Totaal
GMD	13.388.178,78	19.607.874,15	13.768.846,77	11.280.655,44	58.045.555,14	1.218.956,66
Verstrekkingen	47.275.128,80	105.693.086,37	80.484.931,38	134.315.776,42	367.768.922,97	7.723.147,38
<b>Totaal</b>	<b>60.663.307,58</b>	<b>125.300.960,52</b>	<b>94.253.778,15</b>	<b>145.596.431,86</b>	<b>425.814.478,11</b>	<b>8.942.104,04</b>
	Uitgaven in New Deal in P2023 in EUR					
Leeftijdsklasse	<25	25-59	60-74	>75	Totaal	Totaal
Capitatievergoeding	35.519.578,86	69.342.488,70	50.798.207,04	68.751.653,10	224.411.927,70	4.712.650,48
Prestatiefinanciering	25.026.092,28	55.722.217,40	43.318.067,36	76.823.820,84	200.890.197,88	4.218.694,16
<b>Totaal</b>	<b>60.545.671,14</b>	<b>125.064.706,10</b>	<b>94.116.274,40</b>	<b>145.575.473,94</b>	<b>425.302.125,58</b>	<b>8.931.344,64</b>
	TOTAAL					Aandeel
	Huidige uitgaven in P2023 in EUR					overeenk. 2,1%
Leeftijdsklasse	<25	25-59	60-74	>75	Totaal	Totaal
GMD	75.984.991,50	148.261.528,02	70.120.858,50	36.690.467,73	331.057.845,75	6.952.214,76
Verstrekkingen	183.100.609,41	473.212.797,57	266.276.102,26	291.216.150,13	1.213.805.659,37	25.489.918,84
<b>Totaal</b>	<b>259.085.600,91</b>	<b>621.474.325,59</b>	<b>336.396.960,76</b>	<b>327.906.617,86</b>	<b>1.544.863.505,12</b>	<b>32.442.133,60</b>
	Uitgaven in New Deal in P2023 in EUR					
Leeftijdsklasse	<25	25-59	60-74	>75	Totaal	Totaal
Capitatievergoeding	152.700.522,22	348.081.735,50	184.766.526,84	149.582.182,10	835.130.966,66	17.537.750,30
Prestatiefinanciering	106.568.366,70	273.328.308,81	151.533.574,92	178.329.288,53	709.759.538,96	14.904.950,32
<b>Totaal</b>	<b>259.268.888,92</b>	<b>621.410.044,31</b>	<b>336.300.101,76</b>	<b>327.911.470,63</b>	<b>1.544.890.505,62</b>	<b>32.442.700,62</b>
<b>Verschil totaal</b>	<b>183.288,01</b>	<b>-64.281,28</b>	<b>-96.859,00</b>	<b>4.852,77</b>	<b>27.000,50</b>	<b>567,02</b>

Voor het onderdeel 8) is aan een premie van 18,75 EUR per GMD voor de verpleegkundige is voor de startfase een budget van **3.584 duizend EUR** noodzakelijk. De premie kan jaarlijks maximaal 112.482,00 EUR bedragen per huisartspraktijk. De betaling gebeurt per kwartaal.

Voor het onderdeel 9) wordt in de startfase gerekend op 120 praktijken. Aan een IFIC-uurloon van een arts met 20 jaar anciënniteit, rekening houdende met 4 uren praktijkmanagement per week is voor de startfase een budget van **1.148 duizend EUR** noodzakelijk.

Globaal op basis van data 2021	
Aantal geaccrediteerde huisartsen	11.570
Aantal huisartsen met minstens 1 raadpleging	13.512
Aantal GMD's	9.108.580
Mediaan aantal artsen per praktijk	3
Jaarloon verpleegkundige in EUR	56.241,00
Premie VPK per GMD in EUR (1/3 VTE per 1.000)	18,75
Mediaan aantal GMD's per huisarts	397
Gemiddelde aantal GMD's per huisarts	531
Honorarium consultatie 2023 in EUR	30,00
IFIC uurloon arts WGC 20 jaar anciënniteit in EUR	46,00
Uren praktijkmanagement per week per praktijk	4
Startfase	
Aantal praktijken	120
Aantal artsen	360
Aandeel artsen New Deal	3,1%
Gemiddeld aantal GMD's in New Deal	191.160
Aandeel GMD's in New Deal	2,1%
Gemiddeld aantal GMD's per praktijk	1.593
<i>Budget premie verpleegkundige in EUR</i>	<i>3.583.676,52</i>
Jaarlijkse premie management per praktijk in EUR	9.568,00
<i>Budget praktijkmanagement in EUR</i>	<i>1.148.160,00</i>
<b>Totaal</b>	<b>4.731.836,52</b>

### Conclusie

Voor de startfase met 120 praktijken is een budget noodzakelijk van **4.732 duizend EUR**. Er is een mogelijkheid om het project uit te breiden naar 583 praktijken binnen een budget van 23 miljoen EUR.