

## Reflectiegroep teleraadplegingen – eindverslag

In België werden verstrekkingen voor consultaties op afstand (per telefoon of via video) mogelijk tijdens de covid pandemie, met als doelstelling de continuïteit van de zorg voor patiënten te waarborgen. Op 10 maanden tijd werden 10 miljoen teleraadplegingen gefactureerd. De verstrekkingen op afstand waren in 2020 globaal goed voor 15,1% van het totaal aantal verrichte prestaties voor consultaties en bezoeken. In april 2020 (de eerste covid golf) piekte het aandeel zelfs tot 44,7%.

Fysieke en digitale raadplegingen zullen in de toekomst complementair zijn. De vraag hierbij is welk organisatie- en financieringsmodel aangewezen is om raadplegingen op afstand structureel te integreren in de hedendaagse huisartsenpraktijk.

Minister Vandenbroucke richtte hiervoor een reflectiegroep op, om een visienota voor een optimaal financierings- en organisatie-model voor teleraadplegingen in de huisartsenpraktijk vanaf 2023 uit te werken.

De reflectiegroep werkte van oktober 2021 tot april 2022, en bestond uit leden van de universiteiten en wetenschappelijke verenigingen, de syndicaten, de mutualiteiten, het KCE en het RIZIV. De volgende personen maakten deel uit van de reflectiegroep:

- Ann Van den Bruel, voorzitter (KU Leuven)
- Jean Luc Belche, ondervoorzitter (U Liège)
- Alain Van Hende (RIZIV DGEC)
- Anja Braet (RIZIV DGEC)
- Ann Ceuppens (OZ)
- Bart Demyttenaere (Soc Mut)
- Benjamin Fauquert (ULB)
- Bernard Landtmeters (CM)
- Dieter Vercammen (AADM)
- Gilbert Bejjani (ABSyM)
- Hilde Philips (UA)
- Ingrid Fleurquin (CM)
- Jos Vanhoof (BVAS)
- Justien Cornelis (KCE)
- Lawrence Cuvelier (GBO)
- Liesbeth Louagie (RIZIV)
- Marleen Louagie (RIZIV)
- Mireille De Bruyn (Soc Mut)
- Patriek Mistiaen (KCE), tot einde december 2021
- Pierre Cools (Mut Soc)
- Pierre-Louis Deudon (GBO)
- Pieter Geentjens (RIZIV)
- Sabine Van Baelen (KU Leuven)
- Sarah Raes (UGent)
- Sébastien Vermeulen (ASGB/Kartel)
- Siegfried Van Eygen (AADM)
- Sofie Croenen (Domus Medica)
- Steven Brabant (OZ)
- Ulla Cahay (RIZIV)

- Veronique Letocart (UCL)
- Veronique Mahaux (RIZIV)
- Vincent Parmentier (SSMG)
- Wim Dunford, (RIZIV)

De reflectiegroep is tweewekelijks samengekomen via videoconferentie, waarbij de discussie telkens werd gevoerd rond 3 aspecten van teleraadplegingen. Er werd expliciet gekozen om de kwaliteit en randvoorwaarden van teleraadplegingen eerst te definiëren om op basis daarvan de financieringsopties te bespreken. Deze 3 aspecten werden vooraf meegedeeld en de verschillende deelnemers/organisaties werd gevraagd hier vooraf input over te geven om de discussie te stofferen. Er werd ook een Sharepoint drive opgezet om materiaal op te plaatsen als achtergrondinformatie voor de discussies.

Bijkomend werden enkele experts uitgenodigd om toelichting te geven bij bepaalde aspecten, meer bepaald experts van het IMA over het voorbije gebruik van teleraadplegingen, iemand van het Vlaams Patiënten Platform (VPP), om de groep te informeren over wat belangrijk is voor patiënten in het kader van teleconsultaties, en juridische experts van het RIZIV over de juridische aspecten.

Hieronder vindt u een samenvattende tabel met het resultaat van onze discussies. Niet over elk statement werd volledige consensus bereikt.

<b>Domein</b>	<b>Statement</b>
<b>Definitie teleraadpleging</b>	Een teleraadpleging is een synchroon contact op afstand tussen zorgverlener en patiënt, hetzij telefonisch hetzij via videobellen.
	Een teleraadpleging wordt inhoudelijk gekenmerkt door dezelfde zorgelementen als een fysieke raadpleging (SOEP, S=subjectief, O=objectief, E=evaluatie, P=planning).
	Het is duidelijk dat bij een teleraadpleging geen lichamelijk onderzoek mogelijk is, maar het verzamelen van objectieve elementen (de O van SOEP) is tot op zekere hoogte wel mogelijk en laat dus toe een consultatie uit te voeren zoals hierboven omschreven.
	Uit het bovenstaande volgt dat: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Telefonisch onthaal, namelijk het telefonisch te woord staan van patiënten door een onthaalmedewerker voor praktische vragen en afspraken, is geen teleraadpleging;</li> <li>• Telefonisch advies, namelijk het telefonisch te woord staan van patiënten door een arts voor een beperkte medische vraag, is geen teleraadpleging;</li> <li>• Telefonische triage, namelijk het telefonisch te woord staan van patiënten door een onthaalmedewerker/triagist voor het bepalen van het juiste zorgniveau, is geen teleraadpleging.</li> </ul>
<b>Doelstelling teleraadpleging</b>	Het doel van de implementatie van teleraadplegingen is om impact te hebben op de zorg volgens de quintuple aim (= verbeteren van de zorg, verbeteren van de gezondheidstoestand, realiseren van meer waarde, sociale rechtvaardigheid en inclusie, en meerwaarde voor de professionals).
	De fysieke raadpleging blijft de gouden standaard van zorg, maar teleraadplegingen zijn een nuttige en soms noodzakelijke aanvulling.
	Een teleraadpleging kan leiden tot tijds winst voor de patiënt (verplaatsingstijd en wachttijd).
	Een teleraadpleging leidt doorgaans niet tot tijds winst voor de zorgverlener, uitgezonderd in specifieke situaties, bijvoorbeeld als een huisbezoek vervangen wordt door een teleraadpleging (verplaatsingstijd).
	Een teleraadpleging kan zorg toegankelijker maken voor patiënten die moeilijk naar de praktijk kunnen komen (afstand, mantelzorg belasting, minder mobiel)
	Een teleraadpleging kan de continuïteit van zorg verzekeren wanneer een fysiek contact moeilijk is, bijvoorbeeld tijdens een pandemie.
	Het gebruik van teleraadplegingen houdt een risico in van digitale uitsluiting van patiënten en zorgverleners.

<b>Definitie zorgverleners</b>	Het huidige voorstel beperkt zich tot toepassing in huisartspraktijken, door huisartsen en verpleegkundigen werkzaam in de praktijken binnen het kader van taakdelegatie en subsidiariteit
	Zorgverleners die teleraadplegingen uitvoeren moeten over een uitgerust fysiek kabinet beschikken welk bereikbaar moet zijn voor de patiënt, aangezien zij de optie van een fysiek consult moeten kunnen aanbieden als de hulpvraag van de patiënt niet op een veilige manier tijdens een teleraadpleging kan behandeld worden.
	Zorgverleners die teleraadplegingen uitvoeren, moeten continuïteit van zorg waarborgen, conform hun deontologische verplichtingen
	Zorgverleners die teleraadplegingen uitvoeren moeten aan dezelfde criteria voldoen als andere zorgverleners, zoals vastgelegd in de kwaliteitswet
<b>Toegankelijkheid</b>	Teleraadplegingen kunnen de toegankelijkheid van de huisartsgeneeskunde voor patiënten verhogen
	Teleraadplegingen kunnen tot tijdswinst voor de patiënt leiden
	Teleraadplegingen kunnen in specifieke situaties tot tijdswinst voor de zorgverlener leiden
	Patiënten die problemen ondervinden met teleraadplegingen moeten hulp krijgen (van bijvoorbeeld professionelen of niet-professionelen, zoals praktijkverpleegkundigen, mantelzorgers, etc) op een manier dat de privacy en autonomie van de patiënt gewaarborgd blijft.
	De interface waarmee teleraadplegingen worden uitgevoerd moet maximaal toegankelijk zijn voor patiënten met beperkingen en/of minder digitale vaardigheden.
	Specifieke kwaliteitscriteria voor de toegankelijkheid voor patiënten moeten door e-Health worden vastgesteld in samenwerking met patiëntenorganisaties.
	De praktische modaliteiten voor teleraadplegingen moeten ook voor de zorgverleners gericht zijn op een optimaal gebruiksgemak en een optimale kwaliteit.
	Er is voor de patiënt een uniforme toegang tot teleraadplegingen, bijvoorbeeld door in te loggen via <a href="http://mijngezondheid.be/masante.be">mijngezondheid.be/masante.be</a>
	De zorgverlener wisselt informatie uit via de gepaste beveiligde kanalen zoals Recip-e, de medicatiemodule (VIDIS), allerhande voorschriften, enz. die beschikbaar zijn op het patiëntenportaal ( <a href="http://mijngezondheid.be/masanté.be">mijngezondheid.be/masanté.be</a> )
	Er is voor de zorgverlener toegang tot het systeem voor teleraadplegingen via het EMD
<b>Therapeutische relatie</b>	Teleraadplegingen kunnen enkel met patiënten waarmee reeds een therapeutische relatie bestaat.
	Definitie van de therapeutische relatie (een van de volgende voorwaarden): <ul style="list-style-type: none"> <li>- de arts is de GMD houder</li> <li>- de arts is een collega (lid van dezelfde geregistreerde groep) van de GMD-houdende arts van de patiënt</li> <li>- de arts heeft in het lopende kalenderjaar of in de afgelopen twee kalenderjaren ten minste één fysiek consult met de patiënt uitgevoerd</li> <li>- De arts heeft al een SUMEHR gemaakt voor deze patiënt.</li> </ul>

	<p>Teleraadplegingen met een nieuwe patiënt zijn enkel uitzonderlijk mogelijk voor patiënten met een acute nood, bijvoorbeeld maar niet uitsluitend tijdens de georganiseerde wachtdienst.</p> <p>Teleraadplegingen kunnen enkel met patiënten waarvoor de zorgverlener het dossier kan inkijken</p> <p>Het medisch dossier of de samenvatting daarvan, die nodig is om de teleraadpleging te laten plaatsvinden, moet een minimum aan recente informatie bevatten om de teleraadpleging te kunnen uitvoeren: belangrijke medische en chirurgische voorgeschiedenis, lijst van chronische behandelingen, geneesmiddelenallergieën, enz.</p> <p>Er zal moeten bepaald worden welke inhoud het medisch dossier of de samenvatting daarvan ten minste door de zorgverlener moeten kunnen geraadpleegd worden om een teleraadpleging uit te voeren.</p>
<b>Informed consent</b>	<p>De patiënt moet voldoende geïnformeerd worden over het type consultatie (telefoon, video, face-to-face) en wat dit inhoudt.</p> <p>Patiënten kunnen breed geïnformeerd worden over de modaliteiten van teleraadplegingen (doelstelling, beperkingen, minimale en optimale voorwaarden) via mijn.gezondheid.be, de mutualiteiten, de praktijkwebsite, ...etc.</p> <p>Formele informed consent procedure of registratie voor het type consultatie is niet nodig bij een gepland consult</p> <p>Informed consent voor het type consultatie bij een niet-gepland consult wordt best geregistreerd in het EMD</p> <p>Formele informed consent en registratie hiervan is wel nodig als er gegevens verzameld worden via de teleraadpleging software voor een ander doel dan de medische behandeling van de patiënt</p>
<b>Identificatie</b>	<p>Identificatie van de patiënt is nodig om voorschriften te genereren (medicatie, bijkomend onderzoek, verpleegkundige zorgen of kinesithérapie, etc), het dossier correct te vervolledigen, zich ervan te vergewissen dat de teleraadpleging met de juiste persoon wordt gevoerd (zij die de teleraadpleging hebben aangevraagd en met wie de zorgverlener een therapeutische relatie heeft) en een eventuele facturatie uit te voeren.</p> <p>Identificatie van een gekende patiënt kan visueel gebeuren tijdens videobellen. Bij twijfel moet een formele identificatie gebeuren zoals hieronder beschreven.</p> <p>Identificatie van een ongekende patiënt moet via eID, ItsMe of INSZ nummer.</p> <p>Identificatie van patiënt is moeilijker tijdens een telefonische raadpleging, daarom is een telefonische raadpleging niet mogelijk als eerste contact met een nieuwe patiënt.</p> <p>Identificatie van de arts is evenzeer nodig: bij een gepland consult via de EMD software of het eHealth platform.</p>
<b>Registratie</b>	<p>Elke teleraadpleging moet geregistreerd worden in het EMD zoals een fysieke raadpleging, inclusief het tijdstip en de inhoud gedefinieerd volgens de SOEP zorgelementen.</p> <p>Een gestructureerd rapport (SOEP) moet voor elke teleraadpleging worden opgesteld en in het EMD worden geïntegreerd. Van een teleraadpleging door een arts die niet de GMD houder is, moet een verslag gestuurd worden aan de GMD houdende arts.</p>

	De patiënt ontvangt van de zorgverlener die de teleraadpleging uitvoerde een bewijs van teleraadpleging met de minimale administratieve gegevens, zoals dit reeds het geval is bij fysieke raadplegingen, alsook informatie over de manier waarop de documenten kunnen geraadpleegd worden die tijdens de teleraadpleging werden gegenereerd.
<b>Kwaliteitscriteria voor teleraadplegingen</b>	Een teleraadpleging moet aan dezelfde kwaliteitseisen voldoen als een fysieke raadpleging, behalve wat betreft het klinische onderzoek.
	Specifieke bijkomende kwaliteitseisen voor teleraadplegingen moeten door de beroepsverenigingen ontwikkeld worden, bijvoorbeeld privacy aspecten, het reageren op acute situaties met snelle interventie, en het is aan de beroepsverenigingen om richtlijnen te ontwikkelen over wanneer een teleraadpleging al dan niet geschikt is in functie van de kwaliteit van zorg en veiligheid van de patiënt.
	De patiënt moet het recht hebben om een teleraadpleging te weigeren
	De zorgverlener moet het recht hebben om een teleraadpleging te weigeren als kwaliteitseisen niet voldaan kunnen worden. De zorgverlener moet dan een andere vorm van raadpleging voorstellen.
	Het is niet mogelijk om een maximale proportie teleraadplegingen te bepalen, aangezien het aantal teleraadplegingen enkel bepaald wordt door de kwaliteitsvereisten en appropriateness voor de klinische vraag
	De implementatie van teleraadplegingen moet worden geëvalueerd met een wetenschappelijk onderzoek, onder andere wat betreft de effecten op de toegankelijkheid van zorg voor de patiënt, de kwaliteit van zorg, de mogelijke ongewenste effecten voor de patiënt en zorgverlener, en de kosten(-efficiëntie) voor de ziekteverzekering.
	Zorgverleners die teleraadplegingen uitvoeren zullen hun bekwaamheid hierin kunnen verwerven door opleidingen, trainingen, het opstellen van praktijkrichtlijnen (op het niveau van de professional of op het niveau van de praktijk) etc. (niet-limitatieve lijst).
<b>Software</b>	Software die gebruikt wordt voor teleraadplegingen (videoconsultaties) moet voldoen aan kwaliteitscriteria die worden opgesteld door het RIZIV/werkgroep.
<b>Afleveren documenten</b>	Het eventueel afleveren van documenten tijdens een teleraadpleging steunt maximaal op de diensten die eHealth reeds aanbiedt.
	Voor het afleveren en registreren van documenten is een koppeling/samenwerking van de teleraadpleging software met het EMD noodzakelijk.
	Om de koppeling tussen de software voor teleraadpleging en EMD mogelijk te maken, moeten EMD ontwikkelaars hun API openstellen voor deze software.
<b>Uitrol</b>	De uitrol verloopt volgens het principe van opt-in.
	Het is wenselijk dat de beroepsverenigingen richtlijnen en begeleiding van zorgverleners voorzien tijdens de uitrol (materiaal, organisatorische modaliteiten, specifieke competenties, etc).
<b>Financiering/facturatie</b>	Voor de patiënt moeten een fysieke raadpleging en een teleraadpleging dezelfde financiële drempels hebben opdat de vraag voor 1 van beide modaliteiten niet gestuurd zou worden door het financiële maar enkel door de kwaliteit.

	<p>De keuze voor het type consultatie door de zorgverlener mag niet worden beïnvloed door de financiering, zodat de keuze gestuurd wordt door de kwaliteit. De financiële prikkel om voor de ene of de andere modaliteit te kiezen, moet nul of zeer laag zijn.</p>
	<p>De administratieve belasting moet mee in rekening worden gebracht, meer bepaald bij een financiering per prestatie het afleveren van een bewijs van betaling.</p>
	<p>Een telefonische raadpleging is equivalent aan een video-raadpleging en aan een fysieke raadpleging, op voorwaarde dat de criteria zoals eerder in dit document beschreven, vervuld zijn (bv. SOEP).</p>
	<p>De nomenclatuurcode voor een advies, namelijk een contact welke niet voldoet aan de definitie van een volwaardige raadpleging, zou beter afgeschaft worden. (maakt deel uit van de minimale continuïteit die de huisarts waarborgt voor de opvolging van eerdere contacten en beantwoordt niet aan de minimale structuur van een raadpleging (SOEP).</p>
	<p>Remgeld innen tijdens een teleraadpleging is technisch moeilijker. Remgeld zou dus beter niet geïnd worden.</p>
	<p><u>CAVE</u>: Consequenties voor de fysieke raadplegingen om dezelfde (drempel voor) toegankelijkheid te bekomen?</p>
	<p>De financiering van teleraadplegingen per prestatie zonder het innen van remgeld brengt een hoger risico op fraude met zich mee.</p>
	<p><b>Optie 1: Teleraadplegingen worden enkel forfaitair vergoed (en alle fysieke raadplegingen per prestatie).</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <u>CAVE</u>: teleraadpleging volledig forfaitair en fysieke raadplegingen per prestatie → incentive om het forfait voor teleraadplegingen te innen maar alle raadplegingen zoveel mogelijk fysiek te plannen</li> <li>○ <u>Voordeel</u>: technisch en administratief gemakkelijk</li> </ul>
	<p><b>Optie 2: Teleraadplegingen worden forfaitair vergoed met een kleine betaling per prestatie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <u>CAVE</u>: incentive zoals boven speelt ook nog als het verschil in betaling per prestatie tussen teleraadplegingen en fysieke raadplegingen groot is</li> <li>○ <u>Voordeel</u>: bevoordeelt fysieke raadplegingen, zwakke incentive om teleraadplegingen niet te bevoordelen om financiële redenen.</li> </ul>
	<p><b>Optie 3: forfaitaire betaling van teleraadplegingen en fysieke raadplegingen met een kleine betaling per prestatie voor beide modaliteiten</b></p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Beantwoordt aan meerdere criteria maar vereist een meer diepgaande discussie: forfait op welk niveau (patiënt, arts, praktijk), welke verdeling tussen forfait en prestatie, welke andere initiatieven kunnen ingekanteld worden (praktijkassistentie)</li> <li>○ <u>Voordeel</u>: geen impact van het financiële aspect op de keuze voor een modaliteit, klein risico op financieel misbruik</li> </ul>
	<p><b>Optie 4: Teleraadplegingen worden enkel per prestatie betaald, zonder het innen van remgeld</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <u>CAVE</u>: onevenwicht tussen teleraadpleging en fysieke raadpleging door verschil in remgeld, risico op misbruik</li> <li>○ <u>Voordeel</u>: technisch en administratief gemakkelijk</li> </ul>
	<p><b>Optie 5: Financiering van teleraadpleging per prestatie, met innen van remgeld</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <u>CAVE</u>: innen van remgeld is technisch (nog) moeilijk en zal dus vaak niet gebeuren. Hierdoor risico op fraude en onevenwicht met fysieke raadplegingen.</li> <li>○ <u>Voordeel</u>: kan op korte termijn geïmplementeerd worden in afwachting van meer uitgewerkt en verder reikend voorstel inclusief fysieke raadplegingen</li> </ul>

## **Conclusies**

Het is de mening van de reflectiegroep dat teleraadplegingen een nuttige aanvulling zijn voor de huisartsgeneeskunde.

De reflectiegroep heeft voorstellen uitgewerkt voor een kwalitatieve uitvoering van teleraadplegingen.

Voor een optimale integratie van teleraadplegingen in de huisartsgeneeskunde, roept de reflectiegroep de beroepsorganisaties op om deze kwaliteitscriteria verder uit te werken en de bijhorende opleidingen en begeleiding voor zorgverleners te voorzien. Daarnaast zal het belangrijk zijn dat de bevolking passend wordt geïnformeerd door de publieke instanties en mutualiteiten. Ondersteuning aan individuen zal nodig zijn om digitale inclusie te bevorderen.

Er werden tijdens de discussies nog andere belangrijke onderwerpen besproken, welke het kader van deze reflectiegroep overstegen. We denken hierbij aan subsidiariteit en taakdelegatie om de toegankelijkheid en een voldoende breed aanbod van de huisartsgeneeskunde te blijven garanderen. Ook het belang van de therapeutische relatie en hoe deze te definiëren was het voorwerp van vele discussies, welke niet geleid hebben tot consensus maar verdergezet zouden moeten worden als onderdeel van een meer globale discussie over de evolutie van de huisartsgeneeskunde.

Een goede praktijk van teleraadplegingen heeft ook consequenties voor de optimale financiering ervan. In de tijd die beschikbaar was, kon geen volledig uitgewerkt financieringsmodel worden voorgesteld. De reflectiegroep ziet 5 opties, elk met hun eigen voor- en nadelen. De optie welke de meeste garanties biedt voor een goede praktijk van teleraadplegingen en een optimale integratie met andere types raadpleging, is optie 3. Deze vereist echter ook aanpassingen aan de financiering van de fysieke raadplegingen. Op korte termijn kan optie 5 worden ingevoerd, terwijl een beter financieringsmodel wordt uitgewerkt.