

**FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID**

[C – 2022/30270]

Nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen 2022-2023
Ministerraad 28/01/2022. — Notificatie punt 21

BETREFT: MINISTER VAN SOCIALE ZAKEN

Goedkeuring van de nationale overeenkomst met de artsen en de verzekeringsinstellingen, in uitvoering van het artikel 51, § 1, 3^{de} lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

NOTIFICATIE: Met dien verstande dat rekening zal worden gehouden met de brief van 26 januari 2022 van de Staatssecretaris voor Begroting, wordt het voorstel, vervat in punt 9 van de nota van 26 januari 2022, goedgekeurd.

De Secretaris van de Raad,
R. LECOK

**SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE**

[C – 2022/30270]

Accord national médico-mutualiste 2022-2023
Conseil des ministres 28/01/2022. — Notification point 21

CONCERNE : MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES

Approbation de la convention nationale avec les médecin et les organismes assureurs, en exécution de l'article 51, § 1^{er}, alinéa 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

NOTIFICATION : Etant entendu que l'on tiendra compte de la lettre du 26 janvier 2022 de la Secrétaire d'Etat au Budget, la proposition, contenue au point 9 de la note du 26 janvier 2022, est approuvée.

Le Secrétaire du Conseil,
R. LECOK

NATIONAAL AKKOORD ARTSEN ZIEKENFONDSEN 2022-2023

Krachtens de artikelen 26, 50 en 51 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, heeft de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen (hierna NCAZ) onder het voorzitterschap van de heer Johan DE COCK op 21 december 2021 het navolgende akkoord gesloten voor de jaren 2022 en 2023.

1. INLEIDING

Dit akkoord artsen-ziekenfondsen wordt afgesloten op het ogenblik dat een vierde coronagolf in alle hevigheid woedt. De afgelopen twee jaar werden de samenleving en de gezondheidszorg door het virus grondig op de proef gesteld. De zorgverleners hebben in deze periode het beste van zichzelf gegeven. Niettemin botst de gezondheidszorg stilaan op zijn limieten. De COVID-crisis heeft de noodzaak om de gezondheidszorg op verschillende domeinen aan te passen op scherp gesteld. Het is duidelijk dat het in stand houden van een solidaire gezondheidszorg investeringen en hervormingen zal vergen.

We bevinden ons thans op een scharnierpunt waarin onder meer volgende elementen zich samenvoegen:

- de nood tot versterking van de weerbaarheid van de gezondheidszorg ten aanzien van nieuwe globale gezondheids crisissen. Hoewel op Europees en Belgisch niveau ter zake belangrijke initiatieven werden genomen, moet de hand aan de ploeg worden geslagen om het post-COVID-tijdperk in goede banen te kunnen leiden;
- de onafwendbare heroriëntatie van de gezondheidszorg die gekaderd moet worden in een duidelijke meerjarenvisie en gebaseerd moet zijn op concrete gezondheidszorgdoelstellingen met het oog op het realiseren van de zogenaamde quintuple aim ambitie;
- de dringende uitvoering van de hervormingsagenda die op stapel staat met betrekking tot de vernieuwing van de financieringsmechanismen, zowel in de ziekenhuissector als in de ambulante sector.

Het akkoord heeft tot doel om een aantal van deze elementen te concretiseren. Zo wordt een agenda geformuleerd om de paraatheid van ons gezondheidssysteem te optimaliseren (zie 3.1).

Tevens wordt uitvoering gegeven aan de eerste fase van het meerjarig begrotingstraject dat door het Riziv werd opgestart voor de periode 2022-2024, o.m. op het vlak van de doelmatigheid van de zorg (zie 2.4).

De NCAZ wenst zich tevens te engageren bij de uitwerking van de transversale projecten die door het Verzekeringscomité en de Algemene Raad in oktober 2021 werden goedgekeurd (zie 2.5).

De NCAZ wenst vanaf 2023 een meerjarig traject uit te voeren met betrekking tot de herwaardering van de verstrekkingen bij rechtstreekse patiëntencontacten. Tevens zal een voorstel worden uitgewerkt met het oog op het optimaal gebruik van het GMD, de versterking van de huisartsenpraktijk en de financiering ervan (zie 2.8).

Verder beklemtoont de NCAZ de noodzaak van maatregelen die de toegankelijkheid van de zorg ten goede komen (zie 3.5).

De NCAZ beklemtoont eveneens de noodzaak om de zorg door huisartsen en artsen-specialisten complementair te benaderen. Het lijkt hierbij aangewezen om te analyseren hoe de takenpakketten van de verschillende actoren beter kunnen worden afgestemd teneinde de juiste zorgen voor de patiënten te kunnen verlenen op de juiste plaats.

Tot slot preciseert dit akkoord ook de principes die in het vorige akkoord waren opgenomen met betrekking tot de hervorming van de nomenclatuur. De NCAZ dringt erop aan dat voor eind 2023 overeenstemming kan worden bereikt over een hervormde nomenclatuur in zijn geheel op basis van de oriëntaties vervat in dit akkoord. Dit impliceert dat parallel ook doorbraken worden bereikt met betrekking tot de financiering van de ziekenhuizen met inbegrip van de problematiek inzake de opdrachten van de honoraria en de ereloonsupplementen (zie 3.4).

2. FINANCIËEL KADER

2.1 De globale financiële massa waarop dit akkoord voor 2022 betrekking heeft bedraagt 9.932.292 duizend EUR, opgesplitst als volgt:

- de partiële begrotingsdoelstelling voor de honoraria van de artsen bedraagt 9.077.563 duizend EUR voor het jaar 2022. Ten opzichte van de partiële begrotingsdoelstelling die voor het jaar 2021 werd vastgesteld betekent dit een groei van 2,4 %;
- de honoraria voor dialyse in het ziekenhuis, in een centrum of thuis bedragen 487.919 duizend EUR. Ten opzichte van 2021 betekent dit een groei van 3,7%;

ACCORD NATIONAL MÉDICO-MUTUALISTE 2022-2023

En vertu des articles 26, 50 et 51 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, la Commission nationale médico-mutualiste (ci-après CNMM), sous la présidence de M. Johan DE COCK, a conclu le 21 décembre 2021 l'accord suivant pour les années 2022 et 2023.

1. INTRODUCTION

Le présent accord médico-mutualiste est conclu au moment où une quatrième vague de coronavirus déferle sur notre pays. Ces deux dernières années, la société et les soins de santé ont été mis à rude épreuve par le virus. Les dispensateurs de soins ont donné le meilleur d'eux-mêmes au cours de cette période. Néanmoins, les soins de santé atteignent petit à petit leurs limites. La crise du COVID a mis en évidence la nécessité d'adapter les soins de santé dans différents domaines. Il est manifeste que la préservation d'un système de soins de santé solidaire nécessitera des investissements et des réformes.

Nous vivons aujourd'hui un moment charnière qui réunit notamment les éléments suivants :

- Le besoin d'intensification de la résilience des soins de santé à l'égard de nouvelles crises sanitaires globales. Bien que des initiatives importantes aient été prises en la matière au niveau européen et belge, la main doit être mise à la pâte pour gérer l'ère post-COVID ;
- la réorientation inéluctable des soins de santé qui doit entrer dans le cadre d'une vision pluriannuelle univoque et basée sur des objectifs de soins de santé concrets, afin de réaliser les ambitions du quintuple aim ;
- la mise en œuvre urgente de l'agenda de réformes qui est en chantier en ce qui concerne la modernisation des mécanismes de financement tant dans le secteur hospitalier que dans le secteur ambulatoire.

L'accord a pour objectif de concrétiser un certain nombre de ces éléments. Ainsi, un agenda est fixé afin d'optimiser la disponibilité de notre système de santé (cf. 3.1).

Parallèlement, la première phase du trajet budgétaire pluriannuel est mise en œuvre. Ce trajet budgétaire a été lancé par l'INAMI pour la période 2022-2024, entre autres en ce qui concerne l'efficacité des soins (cf. 2.4).

La CNMM souhaite s'engager également dans l'élaboration des projets transversaux qui ont été approuvés par le Comité de l'assurance et le Conseil général en octobre 2021 (cf. 2.5).

La CNMM souhaite mettre en place une trajectoire pluriannuelle à partir de 2023 afin de revaloriser les prestations dispensées dans le cadre des contacts au chevet des patients. Une proposition sera également élaborée pour favoriser un usage optimal du DMG et pour renforcer la pratique de médecine générale et son financement (cf. 2.8).

En outre, la CNMM souligne la nécessité de prendre des mesures permettant d'améliorer l'accessibilité des soins (cf. 3.5).

La CNMM souligne également la nécessité d'approcher de façon complémentaire les soins des médecins généralistes et des médecins spécialistes. Il semble indiqué dans ce cadre d'analyser comment mieux harmoniser les tâches des différents acteurs afin de pouvoir dispenser aux patients des soins adéquats au bon endroit.

Pour conclure, le présent accord précise aussi les principes qui figuraient déjà dans l'accord précédent en ce qui concerne la réforme de la nomenclature. La CNMM insiste pour qu'un accord puisse être trouvé pour fin 2023 au sujet d'une réforme globale de la nomenclature, sur la base des orientations précisées dans le présent accord. Cela implique que des avancées sont réalisées en parallèle en ce qui concerne le financement des hôpitaux, en ce compris la problématique des rétrocessions sur les honoraires et les suppléments d'honoraires (cf. 3.4).

2. CADRE FINANCIER

2.1. La masse financière globale sur laquelle porte le présent accord pour 2022 s'élève à 9 932 292 milliers d'EUR, ventilés comme suit :

- l'objectif budgétaire partiel pour les honoraires des médecins est de 9 077 563 milliers d'EUR pour l'année 2022. Par rapport à l'objectif budgétaire partiel qui a été fixé pour l'année 2021, cela correspond à une croissance de 2,4 % ;
- les honoraires relatifs à la dialyse à l'hôpital, dans un centre ou à domicile s'élèvent à 487 919 milliers d'EUR. Cela représente une croissance de 3,7 % par rapport à 2021 ;

- de honoraria die betrekking hebben op de verstrekkingen van de artsen verleend in het kader van de laagvariabele zorg bedragen 366.810 duizend EUR voor het jaar 2022 en bevinden zich in een aparte begrotingsrubriek. Ten opzichte van 2021 betekent dit een groei van 4,8 %.

2.2 Indexering van de honoraria

De indexmassa van de honoraria voor het jaar 2022 bedraagt 82.353 duizend EUR, hetzij een stijging ten opzichte van 2021 met 0,79 %. Uit de afgelopen tien jaar is gebleken dat het specifieke indexmechanisme dezelfde koopkrachtevolutie volgt, maar volgens een ander tijdschema.

In de punt 2.1. voorziene middelen is een indexmassa voorzien:

- van 75.703 duizend EUR in de partiële begrotingsdoelstelling voor het jaar 2022;
- van 3.775 duizend EUR met betrekking tot de honoraria voor dialyse;
- van 2.875 duizend EUR met betrekking tot honoraria laagvariabele zorg voor de verstrekkingen van de artsen.

Hiervan ligt reeds 8.591 duizend EUR vast via koninklijke besluiten of overeenkomsten:

- de forfaitaire honoraria per voorschrift klinische biologie;
- de honoraria in de overeenkomsten met betrekking tot de borstreconstructie en de complexe chirurgie;
- de honoraria voor genetische counseling en zorgtrajecten;
- de honoraria buiten de nomenclatuur betreffende de beschikbaarheidshonoraria en het medisch advies bij palliatieve patiënten;
- de forfaits en honoraria met betrekking tot de overeenkomst dialyse.

De indexmassa, verminderd met een bedrag van 5.000 duizend EUR voortvloeiend uit verbintenissen aangegaan in vroegere akkoorden (zie punt 2.3) en het bedrag van 602 duizend EUR (zie punt 2.7.1) bedraagt 76.751 duizend EUR of 0,73 % van de honorariummassa.

Dit bedrag wordt voor het jaar 2022 lineair verdeeld over de verschillende honoraria (zie tabel).

Rekening houdend met de evolutie van de inflatie zal voor het jaar 2023 een aanzienlijke hogere indexmassa beschikbaar zijn (zie punt 2.8).

Tevens dringt de NCAZ erop aan om te voorzien dat vanaf 2023 de indexmassa voor de honoraria die via conventies of koninklijke besluiten worden vastgesteld door de NCAZ wordt bepaald.

2.3 Engagements uit vorige akkoorden

In het akkoord artsen-ziekenfondsen van 19 december 2019 ging de NCAZ het engagement aan om bijkomende middelen te investeren in de sector fysieke geneeskunde en revalidatie. In 2020 en 2021 werden hiervoor bedragen toegewezen van respectievelijk 5.042 duizend EUR en 4.886 duizend EUR. Een derde en laatste schijf heeft betrekking op de verhoging van de multidisciplinaire revalidatie-verstrekkingen met 5.000 duizend EUR.

2.4 Doelmatige zorg

2.4.1. In uitvoering van punt 2.3.2 van het akkoord artsen-ziekenfondsen van 16 december 2020 werden door de NCAZ in de loop van 2021 maatregelen uitgewerkt met betrekking tot de doelmatigheid van de zorg ten belope van 40 miljoen EUR. Parallel en gelijktijdig met de realisatie van bedoelde maatregelen zullen herwaarderings worden gerealiseerd in de sector van de medische honoraria waarvan de affectatie in voornoemd akkoord werd vastgesteld.

Het betreft volgende maatregelen:

Omschrijving	Bedrag in duizenden euro
Klinische biologie - vermindering forf. hon. 592815	7.500
Medische beeldvorming – lineaire besparing	5.000
NIPT - aanpassing honorarium	2.869
EKG - aanpassing honorarium	834
Dialyse - recuperatie op de artsenhonoraria	5.000
Beperken terugbetaling operatieve hulp	592
Schrappen 4 verstrekkingen	3.711
Cardiotocografie - uitblijvend effect maatregel	720

- les honoraires qui concernent les prestations des médecins dispensées dans le cadre des soins à basse variabilité s'élèvent à 366 810 milliers d'EUR pour l'année 2022 et figurent dans une rubrique budgétaire distincte. Cela représente une croissance de 4,8 % par rapport à 2021.

2.2. Indexation des honoraires

La masse d'indexation des honoraires pour l'année 2022 s'élève à 82 353 milliers d'EUR, soit une augmentation de 0,79 % par rapport à 2021. Il s'est avéré ces dix dernières années que le mécanisme d'indexation spécifique suit la même évolution que le pouvoir d'achat, mais selon un calendrier différent.

Une masse d'indexation est prévue dans les moyens visés au point 2.1. :

- à concurrence de 75 703 milliers d'EUR dans l'objectif budgétaire partiel pour l'année 2022 ;
- à concurrence de 3 775 milliers d'EUR pour les honoraires de dialyse ;
- à concurrence de 2 875 milliers d'EUR pour les honoraires de soins à basse variabilité pour les prestations des médecins.

De ce montant, 8 591 milliers d'EUR sont déjà arrêtés par des arrêtés royaux ou par des conventions :

- les honoraires forfaitaires par prescription de biologie clinique ;
- les honoraires dans les conventions qui concernent la reconstruction mammaire et la chirurgie complexe ;
- les honoraires pour le « genetic counseling » et les trajets de soins ;
- les honoraires hors nomenclature relatifs aux honoraires de disponibilité et à l'avis médical chez les patients palliatifs ;
- les forfaits et honoraires relatifs à la convention dialyse.

La masse d'indexation, diminuée d'un montant de 5 000 milliers d'EUR découlant des engagements pris dans des accords précédents (cf. point 2.3) et le montant de 602 milliers d'EUR (cf. point 2.7.1), s'élève à 76 751 milliers d'EUR, soit 0,73 % de la masse des honoraires.

Ce montant est ventilé de façon linéaire pour l'année 2022 entre les différents honoraires (cf. tableau).

Compte tenu de l'évolution de l'inflation, une masse d'indexation beaucoup plus importante sera disponible pour l'année 2023 (cf. point 2.8).

La CNMM insiste également pour prévoir qu'à partir de 2023, ce soit la CNMM qui définit cette masse d'indexation pour les honoraires fixés par les conventions ou par arrêté royal.

2.3 Engagements issus d'accords précédents

Dans l'accord médico-mutualiste du 19 décembre 2019, la CNMM s'était engagée à investir des moyens supplémentaires dans les secteurs de la médecine physique et de la rééducation fonctionnelle. En 2020 et 2021, des montants ont été affectés à ces secteurs à concurrence de respectivement 5 042 et 4 886 milliers d'EUR. Une troisième et dernière tranche porte sur l'augmentation, à raison de 5 000 milliers d'EUR, des prestations multidisciplinaires de rééducation fonctionnelle.

2.4 Soins efficaces

2.4.1 En exécution du point 2.3.2. de l'accord médico-mutualiste du 16 décembre 2020, la CNMM a élaboré dans le courant de 2021 des mesures relatives à l'efficacité des soins pour un montant de 40 millions d'EUR. Parallèlement et simultanément à la réalisation de ces mesures, des revalorisations seront effectuées dans le secteur des honoraires médicaux, dont l'affectation a été décidée dans l'accord susvisé.

Il s'agit des mesures suivantes :

<i>Omschrijving</i>	<i>Bedrag in duizenden euro</i>
AST-ALT: schrappen verstreking + aanpassing honorarium	1.971
Medisch begeleide voortplanting - aanpassing leeftijdsgrens	660
Electroforese: aanpassing frequentie	504
Dermatologisch verband: schrappen + nieuwe verstreking	800
Aanpassing vergoeding stagemeester	10.045
TOTAAL besparing	40.206
Overdracht 2020	4.700
Verbetering van de sociale bescherming van de ASO/HAIO	10.000
Herwaardering toezichthonorarium geriatrie	5.000
Onderzoek van in ziekenhuis opgenomen patiënt (599082)	1.700
Herwaardering raadpleging pneumoloog	2.000
Uitbreiding en herwaardering GMD	8.800
Herziening omschrijving bezoek woonzorgcentrum	4.000
Tele-expertise	200
Herwaardering anesthesie narcodontie	600
Specifieke maatregelen toegankelijkheid	3.000
TOTAAL initiatieven	40.000
TOTAAL: initiatieven - besparing	-206

<i>Libellé</i>	<i>Montant en milliers d'EUR</i>
Biologie clinique - réduction hon. forf.	7 500
Imagerie médicale - économie linéaire	5 000
NIPT - adaptation des honoraires	2 869
ECG - adaptation des honoraires	834
Dialyse - récupération sur les honoraires médicaux	5 000
Limitation du remboursement de l'aide opératoire	592
Suppression de 4 prestations	3 711
Cardiotocographie - absence d'effet de la mesure	720
AST-ALT : suppression de la prestation + adaptation des honoraires	1 971
Procréation médicalement assistée - adaptation de la limite d'âge	660
Électrophorèse : adaptation de la fréquence	504
Bandage dermatologique : suppression + nouvelle prestation	800
Adaptation de l'indemnité accordée aux maîtres de stage	10 045
TOTAL économies	40 206
Transfert 2020	4 700
Amélioration de la protection sociale des MSF-MGF	10 000
Revalorisation des honoraires de surveillance en gériatrie	5 000
Examen d'un patient hospitalisé (599082)	1 700
Revalorisation de la consultation pneumologique	2 000
Revalorisation et extension du DMG	8 800
Révision du libellé visite dans un centre d'hébergement et de soins	4 000
Tele-expertise	200
Revalorisation anesthésie pour narcodontie	600
Mesures spécifiques accessibilité	3 000
TOTAL initiatives	40 000
TOTAL : initiatives – économies	-206

In de loop van 2021 werd reeds uitvoering gegeven aan de maatregel tot herwaardering van het honorarium van een onderzoek bij een gehospitaliseerde patiënt en van de raadpleging door de pneumologen. Deze maatregel werd gecompenseerd via een aanpassing van de sleutelletters van de tarieven voor NIPT-onderzoeken en EKG-verstrekkingen.

In het kader van de maatregelen doelmatige zorg worden de honoraria per verstrekking voor dialyse met 7.000 duizend EUR verminderd. Een gedeelte hiervan (2.000 duizend EUR) wordt in het raadplegingshonorarium geheralloceerd. In de loop van 2022 wordt daarenboven verder gewerkt aan een voorstel binnen de bredere multidisciplinaire zorgopdracht voor chronische nierinsufficiëntie die meer inzet op preventie gericht op patiënten met een sterk verlaagde glomerulaire filtratiesnelheid (eGFR) met als doel op termijn het aantal patiënten in niervangende therapie verder te beheersen of de toename ervan te in te perken. Dit kan dan verder opgenomen worden binnen het meerjarentraject 2023.

Het engagement dat reeds vroeger werd genomen om de organisatie en financiering van de zorg omwille van nierinsufficiëntie in zijn globaliteit aan te pakken en te herzien (modaliteiten inzake predialyse, transplantatie, dialyse en fase eindeleven) blijft gelden. In dat kader zal de akkoordcommissie haar medewerking verlenen aan het onderzoek dat het RIZIV zal opstarten rond het gebruik van de *Patient Reported Outcome Measures (PROM)* om op die manier de invloed van de behandeling op patiënten met nierinsufficiëntie in een kwaliteitsperspectief te plaatsen.

De vermindering van de vergoeding voor stagemesters ten belope van 10 miljoen EUR zal in 2022 worden geheralloceerd naar een financiële enveloppe van 30 miljoen EUR bestemd om de meerkosten te dragen voortvloeiend uit de collectieve overeenkomst artsen-ziekenhuizen die op 19 mei 2021 werd afgesloten in de Nationale Paritaire Commissie Artsen-Ziekenhuizen. Het bedrag van het sociaal statuut voor de HAIO's en de ASO's wordt op hetzelfde niveau gehouden als vorig jaar. Dit betekent een jaarlijkse structurele investering inzake sociale bescherming van 10.184 duizend EUR. De NCAZ zal waken over het waarborgen van een gelijkwaardige sociale bescherming tussen HAIO's en ASO's.

De overige maatregelen met inbegrip van de maatregelen inzake toegankelijkheid die in punt 3.5.4 worden vermeld, zullen op een bijzondere vergadering van de NCAZ in de loop van het eerste kwartaal 2022 worden gefinaliseerd zodat zij ten laatste vanaf 1 juli 2022 in werking kunnen treden.

2.4.2 In de loop van het akkoord zullen de inspanningen inzake doelmatigheid van de zorg worden verdergezet. Aandacht gaat hierbij onder meer naar het verrichten van de juiste zorg op de juiste plaats.

2.4.2.1 Zo zal in 2022 een overeenkomst inzake thuishospitalisatie worden tot stand gebracht waarbij de modaliteiten van organisatie en de vereisten inzake kwaliteit worden vastgesteld. Deze overeenkomst moet ook toelaten om een aantal efficiëntiewinsten te realiseren. Onder "thuishospitalisatie" worden de situaties verstaan waarin de zorg toegediend wordt in de leefomgeving van de rechthebbende met respect voor de van toepassing zijnde regelgeving en van de kwaliteits- en veiligheidscriteria, en die, als deze criteria niet kunnen gerespecteerd worden, moet toegediend worden in het kader van een klassieke hospitalisatie of een daghospitalisatie.

De overeenkomst heeft in eerste instantie betrekking op antibiotica-therapie en op de oncologische behandeling in de leefomgeving van de patiënt. Voor de artsen die hierbij betrokken zijn zal een honorarium worden voorzien voor initiatie van de thuishospitalisatie en de opvolging ervan. De middelen daartoe komen uit de honoraria die wegvallen door eenzijdig inkorting van de klassieke opname of door het wegvallen van de behandeling in dagziekenhuis.

2.4.2.2 Verder zal de diagnose en de behandeling van slaapapneu in de loop van 2022 grondig worden geactualiseerd. Hierbij zal de thuismonitoring worden bevorderd met respect voor de nodige veiligheidsvereisten en in overleg met de patiëntenorganisaties.

2.4.2.3 Voorschrijven van geneesmiddelen

In het kader van de begroting 2020 werd een gemengde taskforce inzake biosimilars opgericht. Deze taskforce is belast met het onderzoeken en uitwerken van concrete voorstellen en incentives voor het tot stand brengen van een grotere marktdynamiek en het creëren van de nodige ruimte voor innovatieve specialiteiten. Hierbij zullen verschillende maatregelen worden onderzocht (quota, financiële incentives, informatieve gaps, ...) en voorstellen voor implementering geformuleerd en uitgevoerd. De NCAZ zal actief deelnemen aan de activiteiten van de Taskforce die in 2022 wordt geheractiveerd. Dit belet niet dat ook andere initiatieven met betrekking tot het correct voorschrijven van geneesmiddelen worden uitgewerkt.

Dans le courant de 2021, la mesure de revalorisation des honoraires pour l'examen d'un patient hospitalisé et pour la consultation des pneumologues a déjà été mise en œuvre. Cette mesure a été compensée par une adaptation des lettres-clés des tarifs pour les examens NIPT et les prestations ECG.

Dans le cadre des mesures en matière de soins efficaces les honoraires par prestation pour la dialyse sont diminués de 7 000 milliers d'EUR. Une partie (2 000 milliers d'EUR) est réallouée dans les honoraires pour la consultation. Dans le courant de 2022, on se penchera en outre sur une proposition dans le cadre de la mission de soins multidisciplinaire plus étendue pour l'insuffisance rénale chronique, qui mettra davantage sur la prévention pour les patients présentant un faible débit de filtration glomérulaire (eDFG) afin, à terme, de maîtriser le nombre de patients devant subir une thérapie de substitution rénale ou d'en limiter l'augmentation. Ce point peut être intégré dans le trajet pluriannuel 2023.

L'engagement pris auparavant de se pencher sur l'organisation et le financement des soins résultant d'une insuffisance rénale dans leur globalité et de les revoir (modalités relatives à la prédialyse, la transplantation, la dialyse et la phase de fin de vie) reste valable. Dans ce cadre, la commission d'accords apportera sa contribution à l'étude que l'INAMI entamera en ce qui concerne l'utilisation des *Patient Reported Outcome Measures (PROM)*, afin d'inscrire dans une perspective de qualité l'influence du traitement sur les patients atteints d'une insuffisance rénale.

La diminution de l'indemnité accordée aux maîtres de stage, à concurrence d'un montant de 10 millions d'EUR, sera réaffectée en 2022 à une enveloppe financière de 30 millions d'EUR destinée à supporter les coûts supplémentaires découlant de la convention collective médecins-hôpitaux qui a été conclue le 19 mai 2021 au sein de la Commission paritaire nationale médecins-hôpitaux. Le montant du statut social pour les MGF et les MSF est maintenu au même niveau que l'année précédente. Cela implique un investissement annuel structurel en matière de protection sociale de 10 184 milliers d'EUR. La CNMM veillera à garantir une protection sociale équivalente entre les MGF et les MSF.

Les mesures restantes, dont les mesures en matière d'accessibilité visées au point 3.5.4, seront finalisées à l'occasion d'une réunion particulière de la CNMM dans le courant du premier trimestre de 2022, afin qu'elles puissent entrer en vigueur au plus tard le 1^{er} juillet 2022.

2.4.2 Pendant la durée de l'accord, les efforts en matière d'efficacité des soins seront poursuivis. Dans ce contexte, une attention sera consacrée, entre autres, à la dispensation des soins adéquats au bon endroit.

2.4.2.1 Ainsi, en 2022, une convention sera mise en place en matière d'hospitalisation à domicile, définissant les modalités d'organisation et les exigences de qualité. Cet accord devrait également permettre de réaliser un certain nombre de gains d'efficacité. Par « hospitalisation à domicile », on entend les situations où les soins sont administrés dans le lieu de vie du bénéficiaire dans le respect de la réglementation en vigueur et des normes de qualité et de sécurité, mais qui devront être administrés dans le cadre d'une hospitalisation classique ou d'une hospitalisation de jour si ces critères ne peuvent pas être respectés.

La convention concerne en première instance l'antibiothérapie et le traitement oncologique dans le milieu de vie du patient. Pour les médecins concernés, on prévoira des honoraires pour l'initiation de l'hospitalisation à domicile et son suivi. Les moyens pour ce faire proviennent des honoraires qui seront supprimés suite, d'une part, au raccourcissement de l'hospitalisation classique ou, d'autre part, à la suppression du traitement en hôpital de jour.

2.4.2.2. Ensuite, le diagnostic et le traitement de l'apnée du sommeil seront actualisés en profondeur dans le courant de 2022. Dans ce contexte, la surveillance à domicile sera encouragée tout en respectant les exigences de sécurité nécessaires et en concertation avec les organisations de patients.

2.4.2.3. Prescription de médicaments

Dans le cadre du budget 2020, une taskforce commune avait été mise en place pour les médicaments biosimilaires. Ce groupe de travail est chargé d'examiner et élaborer des propositions et incitations concrètes afin d'amener une plus grande dynamique de marché et de créer l'espace nécessaire à des spécialités innovantes. À cet effet, différentes mesures sont envisagées (quotas, incitants financiers, résorption de lacunes informatives, ...) et des propositions d'implémentation seront formulées et exécutées. La CNMM prendra un rôle actif dans les activités de la Taskforce qui sera réactivée en 2022. Cela n'empêche pas de développer d'autres initiatives relatives à la prescription correcte de médicaments.

2.5 In het kader van de begrotingsdoelstelling 2022 werd overeenkomstig de voorstellen van het Verzekeringscomité een bedrag van 48.630 duizend EUR toegewezen aan een enveloppe voor de financiering van transversale projecten met betrekking tot secundaire en tertiaire preventie door middel van zorgtrajecten, zorgpaden en geïntegreerde zorg.

Concreet hebben deze uit te werken multidisciplinaire projecten betrekking op volgende domeinen:

- voortraject voor de patiënten met risico op diabetes en de opvolging van patiënten met diabetes;
- zorgtraject voor kinderen met obesitas;
- multidisciplinair perinataal zorgtraject voor kwetsbare vrouwen;
- zorgpad met betrekking tot pre- en postabdominale orgaantransplantatie;
- versterking van de psychiatrische zorg en somatische zorg voor kinderen en jongeren. Hierbij zal onder meer een vergoeding worden voorzien voor multidisciplinaire consulten voor pediaters op K-diensten;
- vermijden van heropnames door de uitrol van een betere pulmonaire revalidatie en verhoging van de levenskwaliteit op functioneel vlak;
- andere projecten in het kader van secundaire en tertiaire preventie in de eerste lijn.

Op 29 november 2021 werd de NCAZ in kennis gesteld van het plan van aanpak voor de uitvoering van voornoemde projecten. Per thema zal een projectteam worden samengesteld dat aan het Verzekeringscomité een nota zal voorleggen met betrekking tot de scope en de timing van de verschillende topics. Hierbij zal ook de betrokkenheid van de akkoorden- en overeenkomstencommissies en het College artsen-directeurs worden gepreciseerd, alsook de gehanteerde methodologie en de wijze van rapportering en communicatie. Het Verzekeringscomité wordt beschouwd als de beheerder van de transversale initiatieven en zal deze valideren.

De NCAZ beschouwt deze transversale aanpak als een potentiële meerwaarde, maar dringt aan op een spoedige realisatie. Ze wenst dat in de loop van het eerste kwartaal 2022 de concrete modaliteiten worden uitgewerkt. De NCAZ wenst een snelle en transparante financiële uitwerking van elk project en wenst dat bij de uitwerking van elk project haar wettelijk toegewezen bevoegdheden worden gerespecteerd.

2.6 De NCAZ heeft kennis genomen van de stand van uitvoering met betrekking tot een aantal nomenclatuurwijzigingen die in vorige akkoorden werden overeengekomen en waarvoor de financiële massa beschikbaar is. Zij wijst erop dat de tijdige uitvoering van de akkoorden noodzakelijk is om het vertrouwen in het overleg niet te beschamen:

Concreet moet snel uitvoering worden gegeven aan volgende initiatieven:

- de realisatie van het dossier “Advanced care planning”, dat momenteel onderworpen wordt aan het advies van de Gegevensbeschermingsautoriteit. Het gaat hier om een bedrag van 6.537 duizend EUR;
- de uitvoering van het dossier met betrekking tot het bezoek van de geriater, neuroloog, psychiater en neuropsychiater aan de patiënt in een woonzorgcentrum (WZC) dat wordt gebundeld met het project “herziening omschrijving bezoek woonzorgcentrum” (zie 2.4.1);
- de invoering van een vergoeding voor de percutane interventionele verstrekkingen geleverd in gespecialiseerde stroke-units (S2). Het betreft een bedrag van 2.500 duizend EUR;
- de concretisering van de vergoeding voor de uitvoering van euthanasie, zoals voorzien in het ontwerp van de wet houdende diverse bepalingen inzake gezondheidszorg. In 2020 werd hiervoor een honorarium voorzien van 229 duizend EUR. Dit bedrag dekt eveneens de vereiste registratieverplichtingen;
- de toekenning van forfaitaire honoraria aan de artsen-specialisten die deelnemen aan de medische wachtdienst in het ziekenhuis, zoals voorzien in het wetsontwerp diverse bepalingen. Hierdoor kan een permanentiehonorarium worden uitgekeerd aan de artsen-specialisten in de gynaecologie-verloskunde met ervaring in het volgen van hoogrisicozwangenschappen om de medische wachtdienst van 24 uur op 24 uur te verzekeren in een MIC-afdeling. Tevens wordt een honorarium voorzien voor de kwaliteitsvolle doorverwijzing naar een MIC-afdeling. Voor deze maatregel is een bedrag van 2.040 duizend EUR beschikbaar;
- ten slotte is het ook geboden om maatregelen te concretiseren in het kader van het budget dat in 2021 werd toegekend met het oog op de verbetering van de toegankelijkheid van de zorg voor kwetsbare patiënten. Dit bedrag van 2.557 duizend EUR wordt samengevoegd met het bedrag van 3.000 duizend EUR voor de specifieke maatregelen toegankelijkheid voorzien in punt 2.4.1.

2.5. Dans le cadre de l'objectif budgétaire 2022, conformément aux propositions du Comité de l'assurance, un montant de 48 630 milliers d'EUR a été affecté à une enveloppe destinée au financement de projets transversaux relatifs à la prévention secondaire et tertiaire par le biais de trajets de soins, d'itinéraires de soins et de soins intégrés.

Concrètement, ces projets multidisciplinaires à développer portent sur les domaines suivants :

- prétrajet pour les patients à risque de diabète et suivi des patients diabétiques ;
- trajet de soins pour les enfants souffrant d'obésité ;
- trajet de soins périnatal multidisciplinaire pour les femmes vulnérables ;
- itinéraire de soins pré- et postopératoire relatif à la transplantation d'organes abdominaux ;
- renforcement des soins psychiatriques et somatiques pour enfants et jeunes. Il s'agira notamment d'indemniser les consultations multidisciplinaires des pédiatres des services K ;
- prévention des réadmissions grâce au déploiement d'une meilleure rééducation pulmonaire et amélioration de la qualité de vie sur le plan fonctionnel ;
- d'autres projets dans le cadre de la prévention secondaire et tertiaire dans la première ligne.

Le 29 novembre 2021, la CNMM a été informée du plan d'approche pour la réalisation des projets précités. Une équipe de projet sera constituée pour chaque thème, qui soumettra au Comité de l'assurance une note présentant le champ d'action et le calendrier des différents sujets. Cette note précisera également l'implication des commissions d'accords et de conventions et du Collège des médecins-directeurs, ainsi que la méthodologie appliquée et les modalités de rapportage et de communication. Le Comité de l'assurance est considéré comme le gestionnaire des initiatives transversales et les validera.

La CNMM voit cette approche transversale comme une plus-value potentielle, mais insiste sur une réalisation rapide. Elle souhaite que les modalités concrètes soient élaborées dans le courant du premier trimestre de 2022. La CNMM souhaite une mise en œuvre financière rapide et transparente de chaque projet et souhaite que l'élaboration de chaque projet respecte les compétences qui lui sont légalement attribuées.

2.6 La CNMM a pris connaissance de l'état d'avancement de la réalisation d'un certain nombre de modifications de la nomenclature dont il a été convenu dans des accords précédents et pour lesquelles la masse financière est disponible. Elle souligne que la réalisation ponctuelle des accords est nécessaire pour ne pas trahir la confiance dans la concertation.

Concrètement, les initiatives suivantes doivent être exécutées rapidement :

- La mise en oeuvre du dossier « Advanced care planning » Ce dossier est actuellement soumis à l'avis de l'Autorité de protection des données. Il s'agit ici d'un montant de 6 537 milliers d'EUR.
- La mise en oeuvre du dossier relatif à la visite du gériatre, du neurologue, du psychiatre et du neuropsychiatre au patient en MRS qui est regroupé avec le projet « Révision du libellé de la visite dans un centre d'hébergement et de soins » (cf. 2.4.1).
- L'introduction d'une rémunération pour les prestations interventionnelles percutanées dispensées dans des unités cérébrovasculaires spécialisées (S2). Cela représente un montant de 2 500 milliers d'EUR.
- La concrétisation d'une rémunération pour la pratique de l'euthanasie comme prévue dans le projet de loi portant des dispositions diverses en matière de santé. En 2020, un budget de 229 milliers d'EUR était prévu. Ce montant couvre également les obligations d'enregistrement requises.
- L'octroi des honoraires forfaitaires aux médecins spécialistes qui participent au service de garde médicale dans l'hôpital, comme prévu dans le projet de loi portant des dispositions diverses. De ce fait, des honoraires de permanence pourront être octroyés aux médecins spécialistes en gynécologie-obstétrique avec expérience dans le suivi des grossesses à haut risque pour assurer le service de garde médicale 24 heures sur 24 dans une unité MIC. On prévoit aussi des honoraires pour un renvoi de qualité vers une unité MIC. Le montant disponible pour cette mesure est de 2 040 milliers d'EUR.
- Enfin, il est également nécessaire de concrétiser des mesures dans le cadre du budget alloué en 2021 pour l'amélioration de l'accessibilité des soins. Le montant de 2 557 milliers d'EUR est ajouté au montant de 3 000 milliers d'EUR pour les mesures spécifiques en matière d'accessibilité prévues au point 2.4.1.

2.7. Andere initiatieven

2.7.1 De NCAZ zal, op voorstel van de TGR, in de loop van 2022 binnen de beschikbare middelen, o.m. voortvloeiend uit het saldo van de indexmassa ten belope van 602 duizend EUR, o.m. volgende projecten concreetiseren vanaf 1 juni 2022: aanpassing van het consult bij de door de pediater bij opname van kinderen met eetstoornissen, invoering van een verstrekking HyFoSy, NMR-onderzoek onder volledige narcose, asparaginase en anesthesie bij orbita-chirurgie. De weerslag van deze projecten op jaarbasis bedraagt 956 duizend EUR.

2.7.2 Door het Riziv werd berekend dat, gelet op de datum van inwerkingtreding van sommige maatregelen, een éénmalig bedrag van 5.780 duizend EUR beschikbaar zou zijn. Een gedeelte hiervan kan aangewend worden in het kader van de weekwachten (zie punt 3.2.3.1) en een ander gedeelte zal worden ingezet voor de herwaardering van de nacht-, weekend- en feestdagtoeslagen voor de consultaties op spoed van artsen die A-honoraria aanrekenen.

2.7.3 De NCAZ zal in de loop van 2022 aan de TGR een aantal prioritair geachte nomenclatuurwijzigingen voorstellen met het oog op de uitvoering ervan in 2023.

2.7.4 In 2023 zal een bedrag van 6.134 duizend EUR moeten worden gecompenseerd (2.7.1 en 2.7.2).

2.8 Meerjarenbudget

2.8.1 De NCAZ zal, in het kader van het aangekondigde meerjarenbudget, vanaf 2023, een stapsgewijze herwaardering van de raadplegingen doorvoeren. Door deze herwaardering zullen tegen eind 2024 de tarieven van de raadplegingen van geaccrediteerde huisartsen en artsen-specialisten, met inbegrip van de spoedraadplegingen, op minstens 30 EUR worden gebracht. Deze aanpassing vergt een jaarlijkse inspanning in reële termen van 2,5 % voor de betrokken verstrekkingen. Tevens zal een parallelle aanpassing van de andere tarieven voor raadplegingen worden gerealiseerd.

Op basis van de berekeningen van het Riziv zal de voorziene herwaardering van de raadplegingen ongeveer 75.000 duizend EUR kosten in reële termen.

De NCAZ zal tevens voorstellen realiseren om het team rond de huisarts te versterken (zie punt 3.2.2), onder meer door een financiële ondersteuning te voorzien voor de inzet van zorgondersteunend personeel in de huisartsenpraktijk. Ook zal zij voorzien in een bijzondere maatregel ten behoeve van de jonge huisartsen om hen een GMD starter premie toe te kennen.

De voornoemde aanpassingen moeten gekaderd worden in een aanpak die rekening houdt met een veranderend organisatie-model van de huisartsengeneeskunde, met de wijzigingen in het pakket van zorgtaken en met de noodzaak om hiervoor adequate financieringsmechanismen uit te werken.

Tenslotte zal in de loop van het akkoord ook werk worden gemaakt van een herwaardering van de anesthesieverstrekkingen met een waarde kleiner dan K51. Ook moet werk worden gemaakt van een adequate financiering van de interventionele radiologie en van een correcte honorering van de sector klinische infectiologie en medische microbiologie.

De NCAZ verbindt er zich toe om in 2023 1 procentpunt van de indexmassa van de honoraria te herbestemmen met het oog op de realisatie van de hoger vermelde prioriteiten.

2.8.2 De NCAZ dringt erop aan dat de middelen die op het vlak van appropriate care worden vrijgemaakt, geheel of gedeeltelijk, geherinvesteerd kunnen worden in de partiële begrotingsdoelstelling van de artsen, indien deze bijdragen tot het realiseren van gezondheidszorgdoelstellingen die in het meerjarenbudget zijn voorzien.

Ten slotte merkt de NCAZ op dat een reële groeivoet van de medische honoraria van 2% zou toelaten om een betekenisvolle investering te realiseren van 50.000 duizend EUR per jaar die ingezet worden voor het realiseren van gezondheidszorgdoelstellingen.

Hierbij wenst zij dat de Algemene raad, in het kader van het vaststellen van een meerjarenbudget, de voorwaarden zou vaststellen waaronder een gedeelte van de onderschrijving van de partiële begrotingsdoelstelling zou kunnen worden aangewend.

3. BIJZONDERE AANDACHTSPUNTEN

3.1 Het “post-COVID-tijdperk” voorbereiden

3.1.1 De COVID-pandemie heeft zich laten voelen in alle sectoren van de samenleving. De impact ervan moet nauwkeurig in kaart worden gebracht. Hoe dan ook, de vraag is niet of, maar wanneer we in de toekomst aan nieuwe gezondheids crisissen het hoofd zullen moeten bieden. Het is dus noodzakelijk om grondig na te denken over de lessen die we hieruit als samenleving moeten trekken. We moeten behouden wat goed ging en verbeteren wat moet. Europa heeft reeds een aantal belangrijke initiatieven genomen. Ons land moet de reeds gestarte reflecties verder verdiepen en onze paraatheid verhogen.

De NCAZ wil samen met andere partners hierbij een belangrijke inbreng leveren samen met de wetenschappelijke en beroepsverenigingen. Ze richt hiertoe een bijzondere werkgroep op. Deze zal onder meer

2.7 Autres initiatives

2.7.1 La CNMM, sur proposition du CTM, concrétisera entre autres les projets suivants dans le courant de l'année 2022, dans la limite des moyens disponibles, résultant entre autres du solde de la masse d'indexation à hauteur de 602 milliers d'EUR: adaptation de la consultation du pédiatre en cas d'hospitalisation d'enfants souffrant de troubles alimentaires, instauration d'une prestation HyFoSy, examen RMN sous anesthésie totale, asparaginase, et anesthésie lors d'une chirurgie de l'orbite. L'impact de ces projets se chiffre à 956 milliers d'EUR sur base annuelle.

2.7.2 L'INAMI a calculé que, selon la date d'entrée en vigueur de certaines mesures, un montant unique de 5 780 milliers d'EUR serait disponible. Une partie de celui-ci peut être utilisée dans le cadre des gardes de semaine (cf. point 3.2.3.1), et une autre sera utilisée pour la revalorisation de la majoration des consultations effectuées de nuit, weekend et jour férié pour les consultations aux urgences des médecins à l'acte qui attestent des honoraires A.

2.7.3 La CNMM proposera au CTM une liste d'un certain nombre de modifications de la nomenclature considérées comme prioritaires, avec comme objectif leur mise en œuvre en 2023.

2.7.4 En 2023, un montant de 6 134 milliers d'EUR devra être compensé (2.7.1 et 2.7.2).

2.8 Budget pluriannuel

2.8.1 La CNMM procédera, dans le cadre du budget pluriannuel annoncé à partir de 2023, à une revalorisation par étapes des consultations. Cette revalorisation portera d'ici fin 2024 les tarifs des consultations des médecins généralistes accrédités et des médecins spécialistes accrédités, y compris les consultations des urgences, à au minimum 30 EUR. Cette adaptation nécessitera un effort annuel en termes réels de 2,5% pour les prestations en question. Un ajustement parallèle des autres tarifs pour les consultations sera également effectué.

Sur base des calculs de l'INAMI, la revalorisation prévue des consultations coûtera environ 75 000 milliers d'EUR en termes réels.

La CNMM émettra dans le même temps des propositions visant à renforcer l'équipe autour du médecin généraliste (cf. point 3.2.2), en prévoyant entre autres un soutien financier pour le déploiement d'une aide à la pratique des soins dans la pratique de la médecine générale. Elle prévoira également une mesure spéciale pour les jeunes médecins généralistes afin de leur accorder une prime spéciale « starter DMG ».

Ces ajustements doivent s'inscrire dans une approche qui tient compte de l'évolution du modèle organisationnel de la médecine générale, des changements dans l'ensemble des tâches de soins et de la nécessité de développer des mécanismes de financement adéquats.

Enfin, dans le courant de l'accord, on travaillera aussi à une revalorisation des prestations d'anesthésie ayant une valeur inférieure à K51. Le financement adéquat de la radiologie interventionnelle et la rémunération appropriée des secteurs de l'infectiologie clinique et de la microbiologie médicale doivent également être abordés.

La CNMM s'engage à utiliser en 2023 1 point pour cent de la masse d'index des honoraires pour la réalisation des objectifs prioritaires énoncés plus haut.

2.8.2 La CNMM insiste pour que les moyens dégagés dans le cadre des soins appropriés, puissent être réaffectés totalement ou partiellement à l'objectif budgétaire partiel des médecins, pour autant que ces moyens réalloués contribuent à la réalisation d'objectifs de soins de santé prévus dans le budget pluriannuel.

Enfin la CNMM note qu'un taux de croissance réel des honoraires médicaux de 2% permettra d'atteindre un investissement significatif de 50 000 milliers d'EUR par an, qui seront utilisés pour atteindre les objectifs de soins de santé.

Elle souhaite que le Conseil général, dans le cadre de l'établissement d'un budget pluriannuel, détermine les conditions dans lesquelles une partie de la sous-utilisation de l'objectif budgétaire partiel pourrait être utilisée.

3. POINTS D'ATTENTION PARTICULIERS

3.1 Préparation de la période « post-COVID »

3.1.1 La pandémie de COVID s'est fait sentir dans tous les secteurs de la société. Son impact doit être mis en perspective avec précision. Quoi qu'il advienne, la question n'est pas de savoir si, mais quand nous devrons à nouveau faire face à des crises sanitaires à l'avenir. Il est donc indispensable de mener une réflexion approfondie sur les enseignements que nous devons en tirer sur le plan sociétal. Nous devons conserver ce qui s'est bien passé et améliorer ce qui doit l'être. L'Europe a déjà pris quelques initiatives importantes. Notre pays doit approfondir les réflexions entamées et nous devons augmenter notre capacité de réaction.

La CNMM souhaite apporter, avec les autres partenaires, une contribution importante en ce sens avec les associations professionnelles et scientifiques. Elle met en place un groupe de travail spécial à cet

aandacht besteden aan de uitbouw van een aangepast organisatiemodel voor de zorg waarbij piekmomenten beter kunnen worden opgevangen en uitstel van zorg wordt vermeden. Dit vergt de ontwikkeling van duidelijke scenario's waarbij de verantwoordelijkheden van eenieder duidelijk worden bepaald. Deze werkgroep zal zich onder meer ook buigen over de volgende aandachtspunten:

- de noodzaak van een structurele betrokkenheid van de zorgverleners en de ziekenfondsen in het besluitvormingsproces;
- de meerwaarde van interdisciplinaire samenwerking en aangepaste taakverdeling, ook met andere zorgverleners;
- de dubbele vaststelling dat door afschaling van de reguliere zorg gezondheidsschade optreedt, maar ook een deel van de zorgvraag lijkt te zijn verdampt;
- de urgentie om meer in te zetten op gezondheidsvaardigheden en op een gezonde leefstijl en leefomgeving met een bijzondere aandacht voor risicogroepen;
- de versterking van het zorgaanbod, onder meer inzake mentale gezondheid;
- de organisatie van specifieke ziekenhuisfuncties;
- de uitbouw van een toekomstgericht manpowerbeleid. Uitval door ziekte, hoge werkdruk en andere factoren leiden tot tekorten in het zorgaanbod. Een concreet actieplan voor het zorgaanbod dringt zich hierbij op;
- het onaangepast karakter van de financieringsmechanismen in de ziekenhuizen en de gevolgen daarvan op de afdrachten van de honoraria;
- de vereiste om de tele-geneeskunde te integreren in het reguliere werkproces als verbreding van het totale aanbod;
- het versterken van de publieke gezondheidsdiensten en populatiemanagement in de zorg.

3.1.2 De afgelopen maanden werd reeds begonnen met de uitwerking van een aantal thema's. Een groep experts buigt zich over de problematiek van post-COVID. Zes maanden na een besmetting met het coronavirus heeft nog een aanzienlijk aantal mensen last van uiteenlopende symptomen. Een aantal aanbevelingen werd geformuleerd in het KCE Rapport 344A (Behoeften en opvolging van patiënten met post-COVID). Concrete voorstellen zullen worden geformuleerd aan de betrokken overeenkomsten- en akkoordcommissies.

In het kader van de hervorming van de nomenclatuur (zie verder) moet ook aandacht worden besteed aan de versterking van de rol van de klinische infectiologen en medische microbiologen. Deze analyse kan niet los worden gezien van het nationaal AMR-plan.

Elders wordt ingegaan op de problematiek van de tele-geneeskunde (3.3).

De NCAZ pleit ervoor om samen met de verschillende stakeholders in de loop van 2022 een strategie voor te bereiden, onder meer met het oog op het realiseren van de hiervoor vermelde objectieven.

3.2 Huisartsen

3.2.1 Medio 2021 publiceerde het KCE een aanvulling bij het performantierapport van het Belgische gezondheidszorgsysteem toegespit op de duurzaamheid ervan (rapport 341A). Hierbij werd volgend waarschuwingssignaal gegeven: "Op korte termijn wordt verwacht dat de stijging van de vraag naar huisartsen groter zal zijn dan de verwachte stijging van het aanbod. Wanneer we het aanbod meten in FTE wordt zelfs een daling verwacht. Op lange termijn (10 jaar) zal het aanbod naar verwachting stijgen, dankzij de aanzienlijke inspanningen om het aantal stagiairs in de huisartsenopleiding te verhogen." Dit signaal vergt de nodige actie op beleidsvlak. Sommige streken kunnen stilaan worden beschouwd als 'désert médical' en heel wat artspraktijken hebben een patiëntenstop ingevoerd. Zoals in punt 3.1.1. werd vermeld, zal ook rekening moeten worden gehouden met de impact van gezondheidscrisisen, die een extra belasting bovenop reguliere zorg legt.

3.2.2 Versterking van de huisartsenpraktijk

De NCAZ is van oordeel dat de ondersteuning van de huisartsenpraktijken versterkt dient te worden via de inzet van zorgondersteunend personeel, op basis van het principe van subsidiariteit en toegelaten taakdelegatie. Artikel 36octies van de GVV-wet bepaalt dat bij koninklijk besluit een financiële tegemoetkoming kan verleend worden in de kosten verbonden aan de organisatie van een praktijk. Deze ondersteuning is noodzakelijk om de toegenomen zorgvraag voor chronische zorg adequaat op te vangen.

De NCAZ zal hierover in 2022 een concreet voorstel uitwerken met het oog op een concrete toepassing vanaf 2023 met respect van de aan de gemeenschappen toegewezen bevoegdheden. Het is duidelijk dat een performante praktijkorganisatie een hefboom kan zijn om bepaalde knelpunten in de eerste lijn op te lossen.

effet. Cela comprendra en outre l'élaboration d'un modèle organisationnel adapté pour les soins dans lequel il est possible de mieux gérer les pics et d'éviter le report des soins. Ceci suppose de développer des scénarios clairs qui déterminent sans équivoque les responsabilités de chacun. Ce groupe de travail se penchera également entre autres sur les points d'attention suivants :

- la nécessité d'une implication structurelle des dispensateurs de soins et des mutualités dans le processus décisionnel ;
- la valeur ajoutée d'une collaboration interdisciplinaire et d'une répartition des tâches adaptée, y compris avec d'autres dispensateurs de soins ;
- le double constat que la réduction progressive des soins réguliers entraîne l'apparition de dommages de santé, mais aussi qu'une partie de la demande de soins semble s'être évaporée ;
- l'urgence d'investir davantage dans l'éducation à la santé et dans un mode de vie et un cadre de vie sains, avec une attention particulière pour les groupes à risque ;
- le renforcement de l'offre de soins, notamment en matière de santé mentale ;
- l'organisation de fonctions hospitalières spécifiques ;
- le développement d'une politique de forces de travail effectives axée sur l'avenir. Les décrochages liés à la maladie, à la forte pression du travail et à d'autres facteurs entraînent des pénuries dans l'offre de soins. Un plan d'action concret pour l'offre de soins s'impose en la matière ;
- le caractère inapproprié des mécanismes de financement dans les hôpitaux et son impact sur les rétrocessions sur honoraires ;
- la nécessité d'intégrer la télémédecine dans le processus de travail régulier afin d'élargir l'offre totale ;
- le renforcement des services de santé publique et de la gestion des soins basés sur l'approche populationnelle.

3.1.2. Ces derniers mois, on a déjà commencé à développer certains thèmes. Un groupe d'experts se penche sur la problématique du COVID long. Six mois après une contamination par le coronavirus, un bon nombre de personnes souffrent encore de symptômes divers. Un certain nombre de recommandations ont été formulées dans le rapport 344B du KCE (Besoins et suivi des patients atteints de COVID long). Des propositions concrètes seront formulées aux commissions de conventions et d'accords concernées.

Dans le cadre de la réforme de la nomenclature (voir plus bas), il convient aussi d'accorder une attention au renforcement du rôle des infectiologues cliniques et des microbiologistes médicaux. Cette analyse ne doit pas être dissociée du plan national AMR (résistance aux antimicrobiens).

On examine par ailleurs la problématique de la télémédecine (3.3).

La CNMM plaide en faveur de la préparation d'une stratégie dans le courant de 2022 en collaboration avec les différentes parties prenantes, dans l'optique notamment de la réalisation des objectifs précités.

3.2 Médecins généralistes

3.2.1 Le KCE a publié vers la mi-2021 un complément au rapport de performance du système de santé belge, axé sur la durabilité de ce système (rapport 341B). Ce complément lance la mise en garde suivante : « A court terme, l'augmentation de la demande de médecins généralistes devrait être plus importante que l'augmentation attendue de l'offre. Lorsque l'offre est mesurée en équivalents temps plein, il faut même s'attendre à une diminution. A long terme (10 ans), on s'attend toutefois à une progression plus forte de l'offre, grâce aux efforts importants consentis pour accroître le nombre de stagiaires qui optent pour une spécialisation en médecine générale ». Ce signal impose des actions sur le plan stratégique. Certaines régions peuvent petit à petit être considérées comme des « déserts médicaux » et de nombreux cabinets de médecins ont cessé de prendre de nouveaux patients. Comme mentionné au point 3.1.1., il faudra aussi tenir compte de l'impact des crises sanitaires, dont la charge vient s'ajouter à celle des soins réguliers.

3.2.2 Renforcement de la pratique de médecine générale

La CNMM estime que le soutien des pratiques de médecine générale doit être renforcé grâce à l'action de personnel d'aide à la pratique de soins, suivant les principes de subsidiarité et de délégation des tâches autorisée. L'article 36octies de la loi SSI précise qu'une intervention financière dans les coûts liés à l'organisation d'une pratique peut être accordée par arrêté royal. Ce soutien financier est nécessaire afin de répondre adéquatement à l'augmentation de la demande de soins chroniques.

La CNMM formulera à cet égard une proposition concrète en 2022 en vue d'une application effective à partir de 2023, en respectant les compétences attribuées aux communautés. Il est clair qu'une organisation performante de la pratique peut être un levier pour résoudre certains goulets d'étranglement dans la première ligne.

3.2.3 Wachtposten en samenwerkingsverbanden

3.2.3.1 Het budget van de huisartsenwachtposten bedraagt in 2022 36.422 duizend EUR, een stijging met 4,8 % ten opzichte van het budget 2021. Het groeipercentage tussen 2020-2022 bedraagt 30 %.

Bij dit budget voegt zich ook een bedrag met betrekking tot de organisatie van de weekwachten ten belope van 6,8 miljoen EUR, waarvan in 2022 3,8 miljoen kan worden gefinancierd via de gereserveerde bedragen (zie punt 2.7.2). Hierdoor zou in principe een dertigtal wachtposten kunnen gefinancierd worden. Vanaf 2024 moet, na een evaluatie van de werking, hiervoor een aangepaste structurele financiering worden voorzien door de overheid.

3.2.3.2 De inwerkingtreding van de bepalingen van het koninklijk besluit van 10 september 2020 betreffende de medische permanentie door huisartsen en de erkenning van functionele samenwerkingsverbanden werd verdaagd tot 1 juli 2022. Gelet op de overbelasting van de huisartsen kon onvoldoende tijd worden geïnvesteerd in de concrete administratieve en juridische voorbereiding van de samenwerkingsverbanden. De NCAZ neemt kennis van de mededeling van de Minister om te voorzien in een overgangsperiode van 18 maanden te rekenen vanaf 1 juli 2022. Concreet betekent dit dat de samenwerkingsverbanden moeten worden ingediend vóór 31 maart 2023 om uiterlijk tegen 1 januari 2024 operationeel te zijn. Ter voorbereiding hiervan zullen regelmatige contacten met de betrokkenen en de beleidscel worden georganiseerd. Tevens zal het overleg en de begeleiding geïntensifieerd worden teneinde een maximaal draagvlak te realiseren, gebaseerd op een geactualiseerde visie over "out-of-hours-care".

3.2.3.3 In 2022 zal de terugbetaling van de specifieke COVID-kost die de huisartsenwachtposten dragen, verder verzekerd.

3.2.3.4 Het Riziv zal tegen 31 maart 2022 aan de NCAZ een voorstel formuleren met betrekking tot de financiering van de weekwachten. Na goedkeuring ervan zal deze regeling worden geïntegreerd in het financieringsbesluit van de functionele samenwerkingsverbanden.

3.2.3.5 Het Riziv zal de effecten van huisartsenwachtposten op de beschikbaarheidshonoraria meten en analyseren. Hierover zal een rapportering tegen 30 juni 2022 aan de NCAZ gepresenteerd worden.

3.2.3.6 De NCAZ neemt kennis van de stand van zaken van de uitrol van 1733 en wenst dat hierover met de beleidscel regelmatig overleg wordt gepleegd.

3.2.4 GMD

3.2.4.1 Ondersteuning van de kwaliteitsverbetering van het GMD

Het GMD is een belangrijke pijler voor het verzekeren van de kwaliteit van de geleverde zorg. Het is derhalve noodzakelijk om de nodige instrumenten te ontwikkelen die een systematische monitoring van de kwaliteit van het GMD verzekeren. Hiertoe is vereist dat de huisartsen een aantal relevante parameters systematisch in het dossier invullen. Dienaangaande zijn verdere inspanningen nodig. De NCAZ zal vóór eind 2022, samen met experts van Sciensano, een didactische tool ontwikkelen die de huisarts ondersteunt om de patiëntgegevens volledig en kwaliteitsvol in te vullen.

Hiertoe zal de NCAZ gesprekken opstarten met de betrokken experts en afspraken maken met de softwarefabrikanten om alle parameters te integreren in alle softwarepakketten (o.a. diabetes, automatische synchronisatie met vaccinet, ...).

Op termijn zal de vergoeding van het GMD gekoppeld worden aan het al dan niet voldoen aan een aantal formele en inhoudelijke kwaliteitsvoorwaarden.

3.2.4.2 Het budget van 8,8 miljoen euro (zie 2.4.1) zal worden aangewend om de verhoogde tegemoetkoming voor het beheer van het GMD bij chronische patiënten, momenteel voorzien in de leeftijdsklasse van 45 tot 75 jaar uit te breiden tot de leeftijdsklasse van 30 tot 85 jaar. De inwerkingtreding van het koninklijk besluit zal worden vastgesteld op 1 januari 2022.

3.2.4.3 Bijzondere maatregel voor startende artsen

De NCAZ stelt voor om aan de actieve startende artsen die net hun Riziv-nummer van erkend huisarts hebben verkregen, een bijzondere GMD starter premie toe te kennen. Deze premie zal gekoppeld worden aan de geïntegreerde praktijkpremie. Deze premie zal voor de eerste keer worden toegekend aan de artsen die in 2021 hun Riziv-nummer van huisarts hebben verkregen en die een nog te bepalen minimale activiteitsdrempel behalen in het referentiejaar 2022. De eerste betaling zal plaatsvinden in de loop van 2023.

3.2.4.4 Uit de gegevens van de verzekeringsinstellingen blijkt dat een 1200-tal artsen nog steeds geen gebruik maakt van het elektronisch beheer van het GMD dat vanaf 1 januari 2021 een verplichting is. Deze huisartsen kunnen geen GMD's meer openen of verlengen. Op basis van het onderzoek van het profiel van deze artsen zal een informatie-campagne worden gelanceerd om deze artsen te overtuigen om alsnog de overstap te maken. Dit is in het belang van hun patiënten, van wie de rechten op het remgeldvoordeel in tussentijd worden verlengd tot en met 31 december 2022.

3.2.3 Postes de garde et coopérations

3.2.3.1 En 2022, le budget des postes de garde de médecine générale s'élèvera à 36 422 milliers d'EUR, ce qui correspond à une hausse de 4,8 % par rapport au budget 2021. Le pourcentage de croissance entre 2020 et 2022 est de 30 %.

À ce budget s'ajoute également un montant de 6,8 millions d'EUR pour l'organisation des gardes de semaine, dont 3,8 millions d'EUR peuvent être financés en 2022 grâce aux montants réservés (cf. point 2.7.2). En principe, une trentaine de postes de garde pourraient ainsi être financés. À partir de 2024, après une évaluation du fonctionnement, un financement structurel approprié doit être prévu par le gouvernement.

3.2.3.2 L'entrée en vigueur des dispositions de l'arrêté royal du 10 septembre 2020 relatif à la permanence médicale par les médecins généralistes et à l'agrément des coopérations fonctionnelles a été reportée au 1^{er} juillet 2022. Vu la surcharge de travail des médecins généralistes, il était impossible de consacrer suffisamment de temps à la préparation administrative et juridique concrète des coopérations. La CNMM prend connaissance de la communication du ministre qui prévoit une période transitoire de 18 mois à compter du 1^{er} juillet 2022. Concrètement, cela signifie que les coopérations devront être introduites pour le 31 mars 2023 pour être opérationnelles pour le 1^{er} janvier 2024 au plus tard. En guise de préparation, des contacts réguliers seront organisés avec les parties prenantes et la cellule stratégique. La consultation et l'orientation seront également intensifiées afin d'obtenir un soutien maximal, sur la base d'une vision actualisée des "soins en dehors des heures".

3.2.3.3 Le remboursement des frais COVID spécifiques supportés par les postes de garde de médecine générale sera maintenu en 2022.

3.2.3.4 D'ici le 31 mars 2022, l'INAMI formulera une proposition à la CNMM concernant le financement des gardes de semaine. Après avoir été approuvée, cette réglementation sera intégrée dans l'arrêté de financement des coopérations fonctionnelles.

3.2.3.5 L'INAMI mesurera et analysera les effets des postes de garde de médecine générale sur les honoraires de disponibilité. Un rapport à ce sujet sera présenté à la CNMM d'ici le 30 juin 2022.

3.2.3.6 La CNMM prend connaissance de l'état d'avancement du déploiement du 1733 et souhaite que la cellule stratégique se concertent régulièrement avec la CNMM par rapport à ce sujet.

3.2.4 DMG

3.2.4.1 Soutien à l'amélioration de la qualité du DMG

Le DMG est un pilier important pour assurer la qualité des soins fournis. Il est donc nécessaire de développer les outils nécessaires pour assurer un suivi systématique de la qualité du DMG. Pour cela, les médecins généralistes doivent systématiquement remplir un certain nombre de paramètres pertinents dans le dossier. En la matière, des efforts supplémentaires sont nécessaires. La CNMM, en collaboration avec des experts de Sciensano, développera un outil didactique qui aidera les médecins généralistes à remplir les données des patients de manière complète et qualitative, avant fin 2022.

À cette fin, la CNMM entamera des discussions avec les experts concernés et passera des accords avec les fabricants de logiciels pour intégrer tous les paramètres dans tous les logiciels (y compris le diabète, la synchronisation automatique avec vaccinet, etc.).

À terme, le remboursement du DMG sera lié au respect d'un certain nombre de conditions de qualité en matière de forme et de contenu.

3.2.4.2 Le budget de 8,8 millions d'euros (cf. 2.4.1) servira à étendre l'intervention majorée pour la gestion du DMG chez les patients chroniques, actuellement prévue pour la tranche d'âge de 45 à 75 ans, à la tranche d'âge de 30 à 85 ans. L'entrée en vigueur de l'arrêté royal sera fixée au 1^{er} janvier 2022.

3.2.4.3 Mesure spécifique pour les médecins débutants

La CNMM propose d'accorder une prime spéciale « starter DMG » aux médecins débutants agréés actifs qui viennent d'obtenir leur numéro INAMI en tant que médecins généralistes. Cette prime sera liée à la prime de pratique intégrée. Cette prime sera accordée pour la première fois aux médecins qui ont obtenu en 2021 leur numéro INAMI de médecin généraliste et qui atteignent un seuil d'activité minimum à déterminer durant l'année de référence 2022. Le premier paiement sera effectué dans le courant de l'année 2023.

3.2.4.4 Les données des organismes assureurs montrent qu'environ 1 200 médecins n'ont toujours pas recours à la gestion électronique du DMG, qui est obligatoire à partir du 1^{er} janvier 2021. Ces médecins généralistes ne peuvent plus ouvrir ou prolonger de DMG. Sur la base de l'étude du profil de ces médecins, une campagne d'information sera lancée pour convaincre ces médecins de franchir le pas. Ceci dans l'intérêt de leurs patients, dont le droit au ticket modérateur sera, entre-temps, prolongé jusqu'au 31 décembre 2022.

3.2.4.5 Op verzoek van de NCAZ zullen de verzekeringsinstellingen een campagne opstarten om elke rechthebbende aan te spreken om een GMD te openen.

3.3 Tele-geneeskunde

3.3.1 Wetgevend kader

Door de wet van 13 juni 2021 werd in de GVVU voorzien dat “indien de geneeskundige verstrekkingen worden verricht door middel van informatie- en communicatietechnologieën de verzekering voor geneeskundige verzorging enkel tussenkomt indien zulks uitdrukkelijk voorzien is in de vergoedingsvoorwaarden”. Bij koninklijk besluit worden de definities en de toepassingsvoorwaarden vastgesteld waaraan de betrokken verstrekkingen dienen te voldoen.

3.3.2 Tele-COVID en tele-monitoring

Overeenkomstig de bepalingen van het akkoord van 16 december 2020 werd begin 2021 een transversaal project opgestart om COVID-patiënten thuis op te volgen via tele-monitoring. Dit project zal in 2022 worden verlengd. Tot eind oktober werd een duizendtal patiënten geïncludeerd, waarvan de helft in de prehospitalisatiefase en de helft in de posthospitalisatiefase. Het KCE werd belast met het opstellen van een evaluatieverslag.

De NCAZ zal zijn medewerking verlenen aan initiatieven inzake tele-monitoring.

3.3.3 Tele-consultaties

In maart 2020 werd een tijdelijke regeling ingevoerd inzake tele-consultaties. In 2020 maakten de raadplegingen op afstand meer dan 15% uit van het aantal raadplegingen en bezoeken. Op basis van een grondige analyse door de DGEC werd evenwel vastgesteld dat in sommige gevallen de betrokken bepalingen oneigenlijk werden toegepast.

Tijdens de zitting van 13 december 2021 werd door de NCAZ een wijziging van de tijdelijke regeling in zake tele-consultaties goedgekeurd en overgemaakt aan het Verzekeringscomité. Hierbij werd voorzien dat de raadplegingen enkel kunnen gebeuren op aanvraag van de patiënt, alsook dat de artsen een bestaande behandelrelatie met de patiënt hebben of via verwijzing door een arts toegang hebben tot het medisch dossier. Ook werden kwaliteitsnormen vastgesteld met betrekking tot de gebruikte communicatieplatformen.

Rekening houdend met de toepassing van de in de vorige alinea beschreven tijdelijke regeling, zal vanaf 2023 op vraag van de Minister een aangepast financierings- en organisatie-model worden geïmplementeerd voor de integratie van videoconsultaties. Een voorstel hiertoe wordt door een expertengroep voorbereid, waarin ook een vertegenwoordiging van de artsenorganisaties en van de ziekenfondsen is voorzien. Dit voorstel zal aan de NCAZ worden voorgelegd in het eerste semester van 2022.

3.3.4 Tele-expertise

Het afgelopen jaar werd het pilootproject tele-dermatologie uitgerold. Hierbij werden 2.000 tele-expertises uitgevoerd. Een evaluatierapport wordt verwacht in 2022, waarna de NCAZ een beslissing zal nemen over de verdere evolutie ervan.

Wat de tele-oftalmologie betreft, werden 3 projecten voorgesteld, die momenteel wetenschappelijk worden onderzocht.

In de loop van het akkoord zal ook een globaal reglementair kader en generiek model voor de tele-expertise worden uitgewerkt.

3.3.5 MOC

De TGR zal in 2022 de evaluatie van de bestaande MOC-nomenclatuur finaliseren en voorstellen formuleren om bestaande knelpunten weg te werken. Een marge van 460 duizend EUR is beschikbaar om te voorzien dat huisartsen via teleconferentie kunnen deelnemen aan de MOC.

3.4 Nomenclatuur

3.4.1 De NCAZ wenst dat de hervorming van de nomenclatuur de volgende twee jaar wordt geïntensifieerd zodat de herweging van de verschillende verstrekkingen, enerzijds, en de vaststelling van het professioneel gedeelte resp. het kostengedeelte van de honoraria van de betrokken verstrekkingen, anderzijds, simultaan en globaal in 2024 kan worden gefinaliseerd. De NCAZ dringt erop aan dat een begeleidingsgroep van de verschillende stakeholders wordt ingesteld die deze hervorming mee uittekent en waarin een model van co-governance wordt uitgewerkt met betrekking tot het kostengedeelte van de honoraria. Ten slotte moet de hervorming van de nomenclatuur leiden tot een grotere transparantie van de ziekenhuisfinanciering.

Bij deze hervorming moet ook aandacht besteed worden aan aangepaste modaliteiten voor de financiering van multidisciplinair overleg en samenwerking en van geïntegreerde zorg in de eerste lijn. Hierbij zullen ook voorstellen worden onderzocht met betrekking tot de invoering van meer gemengde vormen van financiering die rekening houden met verschillende elementen [(5P): prestatie, preventie en populatie, periodes of episodes en performantie en kwaliteit].

3.2.4.5 A la demande de la CNMM, les organismes assureurs lanceront une campagne pour encourager tous les bénéficiaires à ouvrir un DMG.

3.3 Télémédecine

3.3.1 Cadre législatif

La loi du 13 juin 2021 a prévu dans la loi SSI que « si les prestations de santé sont accomplies au moyen des technologies de l'information et de la communication, l'assurance soins de santé intervient seulement si c'est expressément prévu dans les conditions de remboursement ». Les définitions et les conditions d'application auxquelles les prestations concernées doivent répondre, sont définies par arrêté royal.

3.3.2 Télé-Covid et télésurveillance

Conformément aux dispositions de l'accord du 16 décembre 2020, un projet transversal a démarré début 2021 pour permettre le suivi de patients atteints du COVID à domicile par télésurveillance. Ce projet sera prolongé en 2022. Jusqu'à fin octobre, un millier de patients ont été inclus, dont la moitié en phase de préhospitalisation et l'autre moitié en phase de posthospitalisation. Il a été demandé au KCE de rédiger un rapport d'évaluation.

La CNMM coopérera aux initiatives en matière de télésurveillance.

3.3.3 Téléconsultations

Un régime temporaire a été instauré en mars 2020 pour les téléconsultations. En 2020, les consultations à distance représentaient plus de 15 % du nombre total de consultations et de visites. Partant d'une analyse approfondie effectuée par le SECM, il a toutefois été constaté que dans certains cas, les dispositions en question ont été appliquées de façon inappropriée.

Lors de la séance du 13 décembre 2021, la CNMM a approuvé et transmis au Comité de l'assurance une modification au régime temporaire sur les téléconsultations. Il a été prévu que les consultations ne peuvent avoir lieu qu'à la demande du patient, et que les médecins doivent entretenir une relation thérapeutique existante avec le patient ou, via le renvoi par un médecin, avoir accès au dossier médical. De même, des normes de qualité ont été définies pour les plates-formes de communication utilisées.

Compte tenu de l'application du règlement provisoire décrit à l'alinéa précédent, un modèle de financement et d'organisation adapté sera mis en œuvre à partir de 2023, à la demande du Ministre, en vue d'intégrer les consultations vidéo. Une proposition en ce sens sera préparée au sein d'un groupe d'experts, groupe qui comprendra également une représentation des organisations de médecins et des mutualités. Cette proposition sera présentée à la CNMM au cours du premier semestre de 2022.

3.3.4 Télé-expertise

Le projet pilote en télédermatologie a été déployé l'an dernier. 2000 télé-expertises ont été réalisées dans le cadre de ce projet. Un rapport d'évaluation est attendu en 2022, à la suite de quoi la CNMM statuera sur l'évolution ultérieure du projet.

Concernant la téléophtalmologie, trois projets ont été présentés et sont actuellement à l'étude sur le plan scientifique.

En cours d'accord, un cadre réglementaire global et un modèle générique seront également mis au point pour la télé-expertise.

3.3.5 COM

Le CTM finalisera en 2022 l'évaluation de la nomenclature COM actuelle et formulera des propositions visant à éliminer les problèmes existants. Une marge de 460 millions d'EUR est disponible pour permettre la participation des médecins généralistes à la COM par téléconférence.

3.4 Nomenclature

3.4.1 La CNMM souhaite que la réforme de la nomenclature soit intensifiée au cours des deux prochaines années afin que la réévaluation des différentes prestations, d'une part, et la détermination respectivement de la partie professionnelle et de la partie coût des honoraires des prestations concernées, d'autre part, soient finalisées simultanément et globalement en 2024. La CNMM demande instamment la mise en place d'un groupe d'accompagnement, réunissant les différentes parties prenantes, afin de contribuer à la conception de cette réforme et de développer un modèle de co-gouvernance en ce qui concerne la partie coût des honoraires. Enfin, la réforme de la nomenclature doit conduire à une plus grande transparence du financement des hôpitaux.

Cette réforme devrait également envisager des modalités appropriées pour le financement de la consultation et de la coopération multidisciplinaires et des soins intégrés. Des propositions seront effectuées visant à introduire des formes de financement plus mixtes tenant compte de différents éléments seront également examinées [(5P): prestation, prévention et population, périodes ou épisodes et performance et qualité].

Tot slot, zal in het kader van de hervorming van de nomenclatuur ook de organisatie en de financiering van het accrediteringssysteem worden herzien, onder meer op basis van de principes vastgelegd in het Nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen van 16 december 2020.

3.4.2 Het akkoord artsen-ziekenfondsen van 16 december 2020 benadrukte het cruciale karakter van de hervorming van de nomenclatuur en drukte de wens uit dat de eerste fase van de hervorming (herstructurering en aanpassing van de verstrekkingen) in 2021 haar beslag zou krijgen met betrokkenheid van de verschillende beroepsgroepen.

Bovendien werd het engagement genomen om, in samenhang met de hervorming van de ziekenhuisfinanciering en de onder voorwaarden bepaald in punt 3.4.2. van voornoemd akkoord, stappen te zetten om het gedeelte "medisch honorarium bestemd om alle kosten die direct of indirect verbonden zijn aan de uitvoering van de medische verstrekkingen" op een transparante en gestandaardiseerde manier te onderscheiden van het gedeelte "honorarium bestemd om de verstrekking van de arts te dekken". Hierbij zou specifieke aandacht worden besteed aan de volgende sectoren: klinische biologie, medische beeldvorming en nucleaire geneeskunde.

3.4.3 De NCAZ neemt kennis van het feit dat de technische werkzaamheden van de eerste fase van de hervorming binnen het voorziene tijdschema zullen worden afgerond. De betrokken voorstellen zullen in de loop van het eerste trimester 2022 gezamenlijk aan de TGR en aan de NCAZ ter goedkeuring worden voorgelegd, met dien verstande dat de aanpassing en de integratie van de toepassingsregels van de beschrijvende nomenclatuur voor eind 2022 zal worden gerealiseerd. Tegen eind 2022 kan op die wijze een volledig herschreven lijst van verstrekkingen door de NCAZ en de TGR worden gevalideerd, zij het nog zonder vaststelling van de sleutelletters en de waarde ervan.

In de loop van het eerste trimester 2022 zal er overleg worden georganiseerd om de praktische en technische modaliteiten te bepalen die voortvloeien uit de nieuwe classificatie van de verstrekkingen en een codificatie op basis van 7 posities. Deze elementen zijn noodzakelijk om tijdig de informaticatoepassingen in overeenstemming te kunnen brengen met de nieuwe nomenclatuur. Hierbij zal een gestandaardiseerd databestand (Nomensoft 2.0) door het Riziv worden ter beschikking gesteld dat alle elementen en attributen zal bevatten die noodzakelijk zijn voor het gebruik ervan door de zorgverstrekkers en de verzekeringsinstellingen.

De bestaande facturatie blijft voor de duur van het akkoord bewaard.

3.4.4 In de loop van het akkoord zullen voor de verschillende disciplines de volgende twee fases worden gerealiseerd op basis van eenzelfde methodologie en volgens de procedure die door de betrokken stakeholders zal worden gevalideerd in de loop van het eerste trimester van 2022.

Eenzijds zullen in samenwerking met de vertegenwoordigers van artsen en ziekenfondsen de relatieve waardeschalen van het professioneel gedeelte van alle verstrekkingen voor de verschillende disciplines worden vastgesteld. Hierbij zal inzonderheid rekening gehouden worden met factoren zoals tijd, complexiteit en risico. Vanaf 2022 zullen de intradisciplinaire waarden worden vastgesteld. Vanaf 2023 zullen de interdisciplinaire waarden worden bepaald.

Anderzijds zal samen met de betrokken stakeholders op basis van de beschikbare gegevens een kostenanalyse worden gemaakt van de verschillende specialistische en technische verstrekkingen. Hierbij zal gebruik gemaakt worden van de gegevens van de analytische boekhouding van een qua geografische spreiding in qua dimensie representatief aantal peilziekenhuizen die door het Verzekeringscomité zullen worden aangeduid op basis van een oproep die begin 2022 door het Riziv zal worden gelanceerd.

Deze twee fasen zullen leiden tot een betere transparantie en een goede kennis van de objectieve elementen die het mogelijk maken om zowel het professioneel gedeelte als het gedeelte "werkingskosten" van de honoraria van de verstrekkingen vast te stellen.

De samenwerking van de artsen en de beheerders van de ziekenhuizen is essentieel om de nieuwe tarieven op een objectieve wijze vast te stellen en de twee delen ervan duidelijk te onderscheiden. Op die wijze kan één van de wezenlijke doelstellingen van de hervorming van de nomenclatuur worden gerealiseerd.

3.4.5 Voor de klinische biologie, desgevallend met uitzondering van de moleculaire biologie, en bepaalde onderdelen van de medische beeldvorming en de nucleaire geneeskunde, geldt een specifieke aanpak voor de vaststelling van het kostengedeelte van de betrokken verstrekkingen. Deze aanpak moet leiden tot een vermindering van de vastgestelde praktijkverschillen.

3.4.5.1 De kostenstructuur van de verschillende groepen van verstrekkingen inzake klinische biologie zal worden vastgesteld aan de hand van gegevens van een aantal peillaboratoria uit de ziekenhuissector en in functie van de beschikbaarheid van de nodige gegevens, ook uit de private sector.

Op basis van de zogenaamde MAHA-analyses en van de werkzaamheden van de onderzoeksequipe blijkt dat hierbij een niet onaanzienlijke financiële honorariummarge zou bestaan. Deze honorariummarge

Enfin, dans le cadre de la réforme de la nomenclature, l'organisation et le financement du système d'accréditation seront également revus, en s'appuyant notamment sur les principes énoncés dans l'Accord national médico-mutualiste du 16 décembre 2020.

3.4.2 L'accord médico-mutualiste du 16 décembre 2020 a mis l'accent sur le caractère crucial d'une réforme de la nomenclature et a souhaité que la première phase de cette réforme (restructuration et adaptation des prestations) soit réalisée en 2021 avec la participation des différents groupes professionnels.

En outre, l'engagement a été pris selon lequel, en cohérence avec la réforme du financement des hôpitaux et les conditions visées au point 3.4.2. de l'accord précité, des mesures seront prises pour distinguer, de façon transparente et standardisée, la partie « honoraires médicaux destinés à couvrir tous les frais directement ou indirectement liés à l'exécution de prestations médicales » de la partie « honoraires destinés à couvrir la prestation du médecin ». Dans ce contexte, une attention spécifique sera accordée aux secteurs suivants : biologie clinique, imagerie médicale et médecine nucléaire.

3.4.3 La CNMM prend connaissance du fait que les travaux techniques de la première phase de la réforme seront terminés dans les délais prévus. Les propositions concernées seront soumises au CTM et à la CNMM pour validation au cours du premier trimestre 2022, étant entendu que l'adaptation et l'intégration des règles d'application de la nomenclature descriptive seront réalisées avant fin 2022. Une liste de prestations totalement remaniée pourra ainsi être validée par le CTM et la CNMM pour fin 2022, sans toutefois que les lettres-clés et leur valeur soient encore déterminées.

Dans le courant du premier trimestre 2022, une concertation sera organisée afin d'établir les modalités pratiques et techniques, résultant de la nouvelle classification des prestations et d'une codification en 7 positions. Ces éléments sont nécessaires pour permettre en temps voulu la mise en conformité des applications informatiques à la nouvelle nomenclature. L'Inami mettra à disposition un fichier de données standardisé (« Nomensoft 2.0 ») comprenant l'ensemble des éléments et attributs nécessaires à l'utilisation par les prestataires et les organismes assureurs.

La facturation actuelle sera maintenue pendant la durée de l'accord.

3.4.4 Au cours de l'accord, les deux phases suivantes seront réalisées pour les différentes disciplines, sur la base de la même méthodologie et selon la procédure qui sera validée par les parties prenantes concernées au cours du premier trimestre de 2022.

D'une part, en collaboration avec les représentants des médecins et organismes assureurs, les échelles de valeur relative de la partie professionnelle de toutes les prestations pour les différentes disciplines seront fixées. Il sera particulièrement tenu compte de facteurs tels que le temps, la complexité et le risque. Les valeurs intradisciplinaires seront fixées à partir de l'année 2022. Les valeurs interdisciplinaires seront fixées à partir de 2023.

D'autre part, sur la base des données disponibles, une analyse des coûts des différentes prestations spécialisées et techniques sera faite en collaboration avec les parties prenantes concernées. Celle-ci se fera à partir des données de la comptabilité analytique d'un certain nombre d'hôpitaux pilotes, représentatifs en termes de répartition géographique et de dimension, qui seront désignés par le Comité de l'assurance sur la base d'un appel qui sera lancé par l'INAMI début 2022.

Ces deux phases permettront une meilleure transparence et une bonne connaissance des éléments objectifs permettant de fixer tant la partie professionnelle que la partie « coûts de fonctionnement » des honoraires des prestations.

La collaboration des médecins et des gestionnaires des hôpitaux est essentielle pour objectiver les nouveaux tarifs en deux parties clairement identifiées et permettant de rencontrer les objectifs de la réforme de la nomenclature. De cette manière, l'un des objectifs essentiels de la réforme de la nomenclature peut être atteint.

3.4.5 Pour la biologie clinique, le cas échéant à l'exception de la biologie moléculaire, et certains domaines de l'imagerie médicale et de la médecine nucléaire, une approche spécifique s'applique pour déterminer la partie coût des prestations en question. Cette approche devrait conduire à une réduction des écarts de pratiques identifiés.

3.4.5.1 La structure des coûts des différents groupes de prestations sera déterminée pour la biologie clinique sur la base des données d'un nombre de laboratoires pilotes intégrant le secteur hospitalier et (en fonction de la disponibilité des données nécessaires) le secteur privé.

Sur la base des « analyses MAHA » et de l'équipe de recherche, il apparaît qu'il y aurait une marge d'honoraires financière non négligeable. Cette marge d'honoraires est actuellement utilisée pour, en dehors

wordt thans aangewend voor de dekking van andere kosten of het toekennen van vergoedingen buiten de sector van de klinische biologie. Dit stemt niet overeen met een adequate en doelmatige financiering van de verstrekkingen.

Daarom zal in 2022, samen met de betrokken stakeholders, een gedetailleerde analyse worden uitgevoerd zodat vanaf 2023 de betrokken kosten op een meer uniforme, transparante en objectieve manier kunnen worden bestemd en de betrokken honorariummarge die wordt vrijgemaakt, binnen de sector kan worden gereffectueerd. De aard en de modaliteiten van de toewijzing en het beheer ervan zullen in overleg met alle betrokken stakeholders worden bepaald.

Door deze aanpassingen zal een nieuw financieringsmodel tot stand worden gebracht met een opsplitsing tussen het kostengedeelte en professioneel gedeelte van de honoraria voor de klinische biologie, zowel in de ziekenhuissector als in de ambulante sector.

De bestaande nomenclatuur die zal worden geherstructureerd zal enkel nog een registratiefunctie hebben zodat nodige informatie beschikbaar blijft over de reële uitgevoerde verstrekkingen. Op die wijze kan de evolutie van het gebruik worden opgevolgd en kunnen de parameters van de financiering zo nodig worden aangepast.

3.4.5.2 Ook in de medische beeldvorming en nucleaire geneeskunde in vivo zal voor bepaalde verstrekkingen die enkel in ziekenhuisverband kunnen worden uitgevoerd (CT, NMR, PET, ...), een nieuw financieringsmodel worden ingevoerd en een meer rationeel gebruik worden bevorderd waarbij zoals voor de andere verstrekkingen een onderscheid tussen het kostengedeelte en het professioneel gedeelte van het honorarium zal worden gemaakt.

Concreet zullen, in overleg met de betrokken stakeholders en BELMIP, op transparante wijze, vanaf 2023, de forfaitaire honoraria voor de werking per toestel vastgesteld worden op basis van de analyse van de reële kostenstructuur van de verschillende verstrekkingen uitgevoerd met CT, NMR en PET en rekening houdend met internationale gegevens en de audits van het RIZIV inzake rationeel gebruik.. Hierbij wordt verder gebouwd op het financieringsmechanisme van de PET-scan. Voor de toewijzing, affectatie en het beheer van de eventueel vrijgekomen honorariummarge gelden dezelfde regels als voorzien in 3.4.5.1.

Door deze wijzigingen wordt op termijn een flexibele aanwending van de middelen voor medische beeldvorming en nucleaire geneeskunde in vivo mogelijk gemaakt.

3.4.6 Het is duidelijk dat parallel met de hervorming van de nomenclatuur een wettelijk verankerde regeling wordt tot stand gebracht die een reële co-governance tussen artsen en ziekenhuisbeheerders verzekert met betrekking tot de aanwending van het kostengedeelte van de honoraria onder meer op het vlak van gespecialiseerd personeel en gespecialiseerde apparatuur. Beide elementen zijn onlosmakelijk verbonden.

3.4.7 In het kader van de in punt 3.4.5. voornoemde hervormingen zullen ook maatregelen genomen worden om de voorschrijvers te responsabiliseren. Concreet zal vanaf 2023 een gestandaardiseerd normbedrag in functie van het patiënteel van de voorschrijver worden vastgesteld. Bij overschrijding hiervan zal, na een monitoringperiode, een financiële correctie worden doorgevoerd. De modaliteiten hiervan worden voorbereid in een werkgroep van de NCAZ.

Parallel hiermee zal ook een tool voor decision support ter beschikking worden gesteld van de voorschrijvers.

3.4.8 De NCAZ dringt erop aan dat de regering in de loop van 2022 uitvoering geeft aan de bepalingen van artikel 155, § 3, van de ziekenhuiswet.

3.5 Toegankelijkheid

3.5.1 Transparantie

Het wetsontwerp diverse bepalingen inzake de gezondheid dat thans wordt besproken in het parlement, voorziet dat aan de ziekenfondsen niet alleen de noodzakelijke informatie moet worden overgemaakt met betrekking tot de kost van de geleverde verstrekkingen, maar ook melding moet worden gemaakt van de aangerekende ereloonsupplementen. Daarnaast voorziet het betrokken wetsontwerp in de mogelijkheid om voor nader te bepalen verstrekkingen een voorafgaandelijke kostenraming in te voeren. De NCAZ zal zijn medewerking verlenen aan de correcte uitvoering van de bedoelde bepalingen voor het einde van 2022. Hierbij moet een parallelisme worden verzekerd met de uitvoering van punt 3.4.8.

Tevens moeten de identificatiegegevens van de zorgverstrekkers die de zorg verrichten, aanwezig zijn bij de facturatie van alle gezondheidsverstrekkingen.

3.5.2 Opheffing verbod derde betaler

Het wetsontwerp diverse bepalingen inzake de gezondheid voorziet ook in de opheffing van het verbod op toepassing van de derdebetalersregeling voor raadplegingen, bezoeken en raadplegingen en de daarmee gepaard gaande uitzonderingssituaties.

des prestations de biologie cliniques, couvrir d'autres coûts ou octroyer des indemnités, ce qui n'est pas l'objet d'un financement adéquat des prestations.

Par conséquent, une analyse détaillée sera réalisée en 2022, avec les parties prenantes concernées, afin qu'à partir de 2023, les coûts concernés puissent être répartis de manière plus uniforme, transparente et objective et que la marge des honoraires libérée puisse être réaffectée au sein du secteur. La nature et les modalités de son attribution et de sa gestion seront déterminées en concertation avec toutes les parties prenantes concernées.

Ces ajustements créeront un nouveau modèle de financement avec une répartition entre la partie coût et la partie professionnelle des honoraires pour la biologie clinique, tant dans le secteur hospitalier qu'ambulatoire.

La nomenclature existante qui sera restructurée, n'aura qu'une fonction d'enregistrement afin de continuer à fournir les indications nécessaires sur les prestations effectivement réalisées. De cette manière, il est possible de suivre l'évolution de l'utilisation et d'ajuster les paramètres du financement si nécessaire.

3.4.5.2 Dans le domaine de l'imagerie médicale et la médecine nucléaire in vivo également, un nouveau modèle de financement sera introduit pour certaines prestations qui ne peuvent être fournies qu'en milieu hospitalier (CT, RMN, PET, etc.) et une utilisation plus rationnelle sera encouragée, en distinguant, comme pour les autres services, la partie coût et la partie professionnelle des honoraires.

Concrètement, en concertation avec les parties prenantes concernées et BELMIP, des honoraires forfaitaires de fonctionnement par appareil seront établis de manière transparente à partir de 2023, sur base de l'analyse de la structure réelle des coûts des différentes prestations effectuées avec le CT, la RMN et la TEP et en tenant compte des données internationales et des audits de l'INAMI sur l'utilisation rationnelle. Cela s'appuie sur le mécanisme de financement du PET scan. L'attribution, l'affectation et la gestion de la marge d'honoraires libérée sont soumises aux mêmes règles que celles prévues au 3.4.5.1.

Ces modifications permettront, à terme, une utilisation flexible des moyens pour l'imagerie médicale et la médecine nucléaire in vivo.

3.4.6 Il est clair que parallèlement à la réforme de la nomenclature, un cadre juridique doit être mis en place pour assurer une réelle cogouvernance entre les médecins et les administrateurs des hôpitaux en ce qui concerne l'affectation de la partie coût des honoraires entre autres au niveau du personnel spécialisé et de l'appareillage spécialisé. Ces deux éléments sont inextricablement liés.

3.4.7 Dans le cadre des réformes mentionnées au paragraphe 3.4.5, des mesures seront également prises pour responsabiliser les prescripteurs. Plus précisément, à partir de 2023, un montant standardisé basé sur la patientèle du prescripteur sera fixé. En cas de dépassement, une correction financière sera effectuée après une période de monitoring. Les modalités en sont préparées dans un groupe de travail de la CNMM.

En parallèle, un outil d'aide à la décision sera mis à la disposition des prescripteurs.

3.4.8 La CNMM insiste pour que le gouvernement exécute l'article 155 § 3 de la loi sur les hôpitaux au cours de l'année 2022.

3.5 Accessibilité

3.5.1 Transparence

Le projet de loi portant des dispositions diverses en matière de santé, qui est actuellement débattu au Parlement, prévoit que les mutualités doivent non seulement recevoir les informations nécessaires relatives au coût des prestations délivrées, mais aussi être informées des suppléments d'honoraires attestés. En outre, le projet de loi en question prévoit la possibilité d'introduire une estimation des coûts préalable pour des prestations à déterminer. La CNMM coopérera à l'exécution correcte des dites dispositions pour la fin 2022. Dans ce cadre, il convient d'assurer un parallélisme avec l'exécution du point 3.4.8.

De même, les données d'identification des dispensateurs de soins qui dispensent les soins doivent apparaître dans la facturation de toutes les prestations de santé.

3.5.2 Levée de l'interdiction du tiers-payant

Le projet de loi portant des dispositions diverses en matière de santé prévoit également la levée de l'interdiction d'appliquer le régime du tiers payant pour les consultations, visites et avis, ainsi que les situations exceptionnelles liées à cette interdiction.

Dit betekent dat de toepassing van de derdebetalersregeling voortaan steeds mogelijk zal zijn voor alle verstrekkingen van artsen, ongeacht de plaats van verstrekking en ongeacht de hoedanigheid van de patiënt. De artsen die de derdebetalersregeling wensen toe te passen verbinden zich ertoe de conventietarieven na te leven (zie 6.5).

3.5.3 Veralgemening van digitale facturatie

De NCAZ wenst dat vóór 31 maart 2022 uitvoering wordt gegeven aan het artikel 53, § 1, derde en vierde lid, van de GVV-wet dat voorziet dat de Koning de datum vaststelt vanaf welke, voor huisartsen, de overdracht van facturatiegegevens aan de verzekeringsinstellingen door middel van een elektronisch netwerk toepasbaar is. Vanaf deze datum beschikt de zorgverlener over een termijn van twee jaar om deze verplichting na te komen. De NCAZ wenst bij de uitwerking van de modaliteiten betrokken te worden, waarbij, bij wijze van overgangsbepaling, een uitzondering moet worden voorzien voor de artsen die de leeftijd van 66 jaar hebben bereikt op datum van 1 januari 2022 naar analogie met de uitzondering op het verplicht elektronisch voorschrijven van geneesmiddelen vervat in artikel 4 van het Koninklijk besluit van 5 mei 2019 betreffende het verplicht gebruik van het elektronisch voorschrift van geneesmiddelen voor ambulante patiënten.

3.5.4 Toegankelijkheid voor kwetsbare patiënten

Een werkgroep van de NCAZ zal tegen 31 maart 2022 een voorstel uitwerken met betrekking tot de aanwending van het bedrag van 5.500 duizend EUR dat beschikbaar is voor het uitwerken van maatregelen voor kwetsbare patiënten.

3.5.5 De NCAZ heeft vastgesteld dat in sommige ziekenhuizen bepaalde radiologische onderzoeken niet meer tegen conventietarieven worden aangeboden. De NCAZ is van oordeel dat het principe waarbij zorg voor opgenomen patiënten verplichtend moet kunnen worden aangeboden tegen conventietarieven in de ziekenhuizen, ook moet gelden voor de ambulante onderzoeken die enkel in het ziekenhuis kunnen worden verricht. Hierbij moet een parallelisme worden verze-kerd met de uitvoering van punt 3.4.8.

3.5.6 Algemeen is de NCAZ van oordeel dat het principe van gematigdheid vervat in artikel 33 van de code van medische deontologie wettelijk moet worden geconcretiseerd, zowel in de ambulante als in de ziekenhuissector. Ze wenst dat het overleg met alle betrokken stakeholders spoedig kan worden hervat. De NCAZ dringt hierbij ook aan op de nodige wettelijke garanties teneinde te vermijden dat opdrachten op honoraria zouden worden verhoogd. Het is noodzakelijk dat in de uitvoering ervan een duidelijk parallelisme met punt 3.4.8 moet worden verzekerd.

3.6 Administratieve vereenvoudiging

3.6.1. Voorschrijven geneesmiddelen hoofdstuk IV/VIII

Bij het opstellen van de vergoedingsvoorwaarden zal een beslisboom worden gehanteerd waarbij volgende elementen cruciaal zijn: opportuniteit, overmaken van informatie of van een signaal dat informatie beschikbaar is, en periodiciteit van de machtiging.

Het is de bedoeling om af te stappen van de attestmodellen en om een vastgelegde periode of een vastgesteld aantal toedieningseenheden of verpakkingen per machtiging te voorzien. Een tellersysteem per patiënt zal raadpleegbaar zijn via MyCareNet.

Dit systeem wordt tegen eind 2024 via een IT-applicatie uitgerold.

De uitwerking van deze hervorming gebeurt door het Riziv samen met de CTG, in nauw overleg met de NCAZ. Hiertoe werd een bijzondere werkgroep ingesteld.

3.6.2. Arbeidsongeschiktheid

Inzake arbeidsongeschiktheid zal het project multi-eMediatt worden gerealiseerd. Dit verloopt in verschillende fasen. In een eerste fase zullen elektronische getuigschriften voor arbeidsongeschiktheid door de huisartsen naar de verzekeringsinstellingen, Medex en HR-rail kunnen worden overgemaakt. Voor Medex en HR-rail zal dit mogelijk zijn van de eerste dag van arbeidsongeschiktheid, voor de verzekeringsinstellingen van zodra de ongeschiktheidsduur meer dan 14 dagen bedraagt of wanneer het een verlenging betreft. Een codering van de diagnose zal daarbij mogelijk zijn. Hiertoe zal de 3BT thesaurus worden geüniformiseerd en gemapt met SNOMED-CT. Een referentiebestand voor de codering zal in het elektronisch huisartsendossier worden geïntegreerd. Deze eerste fase gaat van start in het eerste semester 2022.

In een tweede fase worden de attesten voor de werkgevers gestandaardiseerd en geïnformaliseerd en zullen getuigschriften kunnen worden verstuurd naar de verzekeringsinstellingen vanaf de eerste dag van de arbeidsongeschiktheid. Dit is een stapsgewijs proces dat tegen 2024 moet worden gefinaliseerd.

Bij de voorbereiding en concretisering van dit project wordt de werkgroep bedoeld in 3.6.1 nauw betrokken.

De NCAZ dringt erop aan om de voorziene planning te eerbiedigen en om in het project ook rekening te houden met nieuwe elementen, zoals informatie met betrekking tot de professionele mogelijkheden van de arbeidsongeschikte personen.

Cela signifie que l'application du régime du tiers payant sera toujours possible pour toutes les prestations des médecins, quel que soit le lieu où la prestation a été effectuée et quelle que soit la qualité du patient. Les médecins qui souhaitent appliquer le régime du tiers payant s'engagent à respecter les tarifs de la convention (cf. 6.5).

3.5.3 Généralisation de la facturation numérique

La CNMM souhaite que l'article 53, § 1, alinéas 3 et 4, de la loi SSI soit exécuté avant le 31 mars 2022. Celui-ci stipule que le Roi fixe la date à partir de laquelle, pour les médecins généralistes, le transfert des données de facturation aux organismes assureurs au moyen d'un réseau électronique est applicable. À partir de cette date, le prestataire de soins dispose d'un délai de deux ans pour se conformer à cette obligation. La CNMM souhaite être impliquée dans le développement des modalités, selon lesquelles, à titre de disposition transitoire, une exception doit être prévue pour les médecins ayant atteint l'âge de 66 ans au 1^{er} janvier 2022 en analogie avec l'exception à l'utilisation obligatoire de la prescription électronique des médicaments prévus dans l'article 4 de l'arrêté royal du 5 mai 2019 sur l'utilisation obligatoire de la prescription électronique de médicament pour des patients ambulants.

3.5.4 Accessibilité pour les patients vulnérables

Un groupe de travail de la CNMM élaborera une proposition pour le 31 mars 2022 concernant l'utilisation du montant de 5 500 millions d'EUR qui est disponible pour le développement de mesures en faveur des patients vulnérables.

3.5.5 La CNMM a constaté que dans plusieurs hôpitaux, certains examens radiologiques ne sont plus proposés aux tarifs conventionnés. La CNMM est d'avis que le principe selon lequel les soins dispensés aux patients hospitalisés doivent obligatoirement pouvoir être proposés à des tarifs conventionnés dans les hôpitaux doit également s'appliquer aux examens ambulatoires qui ne peuvent être réalisés que dans le cadre hospitalier. Dans ce cadre, il convient d'assurer un parallélisme avec l'exécution du point 3.4.8.

3.5.6 De manière générale, la CNMM est d'avis que le principe de modération qui figure à l'article 33 du Code de déontologie médicale doit être concrétisé dans la loi, tant dans le secteur ambulatoire que dans le secteur hospitalier. Elle souhaite que la concertation avec toutes les parties prenantes concernées puisse reprendre prochainement. La CNMM insiste également sur les garanties légales nécessaires pour empêcher l'augmentation des rétrocessions sur les honoraires. Il est nécessaire d'assurer un parallélisme clair avec le point 3.4.8 dans le cadre de l'exécution de ce principe.

3.6 Simplification administrative

3.6.1 Prescription de médicaments chapitres IV/VIII

Un arbre décisionnel sera utilisé pour établir les conditions de remboursement. Les éléments suivants sont cruciaux : opportunité, transmission d'informations ou d'un signal indiquant que des informations sont disponibles, et périodicité de l'autorisation.

L'intention est d'abandonner les modèles d'attestation et de fixer une période ou un nombre d'unités de doses à administrer ou de conditionnements par autorisation. Un système de comptage par patient pourra être consulté via MyCareNet.

Ce système sera déployé via une application IT d'ici la fin 2024.

L'élaboration de cette réforme est réalisée par l'INAMI en collaboration avec la CRM, et en étroite concertation avec la CNMM. Un groupe de travail spécifique a été créé à cet effet.

3.6.2 Incapacité de travail

En ce qui concerne l'incapacité de travail, le projet multi-eMediatt sera concrétisé. Cela se fera en différentes phases. Dans une première phase, les attestations électroniques d'incapacité de travail pourront être transmises par les médecins généralistes aux organismes assureurs, Medex et HR Rail. Pour Medex et HR Rail, cela sera possible dès le premier jour d'incapacité de travail et pour les organismes assureurs, dès que la période d'incapacité dépassera 14 jours ou en cas de prolongation. Un codage du diagnostic sera possible. À cet égard, le thésaurus 3BT sera uniformisé et cartographié avec SNOMED-CT. Un fichier de référence pour le codage sera intégré dans le dossier électronique du médecin généraliste. Cette première phase débutera au premier semestre de 2022.

Dans une deuxième phase, les attestations destinées aux employeurs seront standardisées et informatisées. Les attestations pourront être envoyées aux organismes assureurs à partir du premier jour d'incapacité de travail. Il s'agit d'un processus par étapes qui doit être finalisé d'ici 2024.

Le groupe de travail visé au point 3.6.1 est étroitement associé à la préparation et à la concrétisation de ce projet.

La CNMM demande instamment de respecter le planning prévu et de prendre en compte les nouveaux éléments du projet, tels que les informations concernant les possibilités professionnelles des personnes en incapacité de travail.

3.7 Andere aandachtspunten

3.7.1 De NCAZ heeft kennis genomen van een voorgestelde wetswijziging van de GVV-wet waarbij voortaan de verkiezingen van de vertegenwoordiging van de representatieve beroepsorganisaties om de vijf jaar i.p.v. om de vier jaar worden georganiseerd. De NCAZ dringt erop aan om hierbij de voorwaarden voor de erkenning als representatieve beroepsorganisatie, zoals bepaald door het koninklijk besluit van 28 februari 2018 tot vaststelling van de regels voor de medische verkiezingen, onveranderd toe te passen.

3.7.2 De NCAZ wenst haar werking te moderniseren. Dit betreft volgende elementen:

- de totstandbrenging van een beter genderevenwicht;
- de aanduiding van vertegenwoordigers van de artsenbank die nog actief een klinische medische beroepsactiviteit uitoefenen, hetgeen niet belet dat beroep kan worden gedaan op experts;
- het rationaliseren van het aantal commissies en organen;
- het aanpassen van de vergadermethodiek en tijdstippen aan de nieuwe mogelijkheden en sociale realiteiten;
- het adequaat gebruik van schriftelijke procedures;
- het verzekeren van een goede betrokkenheid met de wetenschappelijke wereld.

3.7.3 De NCAZ zal de uitvoering van het akkoord opvolgen via een bordtabel die trimestrieel wordt opgesteld en op de website van het Riziv zal worden gepubliceerd.

3.7.4 De voortgang van de uitvoering van het akkoord zal ook het voorwerp uitmaken van een periodiek overleg met de Minister van Sociale Zaken.

4. PREMIES

4.1 Sociaal statuut

De bedragen van de sociale en andere voordelen worden jaarlijks geïndexeerd ingevolge artikel 10 van het koninklijk besluit van 5 mei 2020 tot instelling van een regeling van sociale en andere voordelen aan sommige zorgverleners die geacht worden te zijn toegetreden tot de hen betreffende akkoorden of overeenkomsten.

Overeenkomstig deze indexatie bedragen de bedragen van de sociale en andere voordelen voor 2022:

- 5.128,78 EUR voor de artsen die zijn toegetreden tot het geldende nationaal akkoord artsen–ziekenfondsen voor hun volledige activiteit en die de activiteitsdrempel behalen of die worden vrijgesteld van de voorwaarde inzake activiteitsdrempel,

en

- 2.419,36 EUR voor de artsen die zijn toegetreden tot het geldende nationaal akkoord artsen–ziekenfondsen voor hun volledige activiteit en die de verlaagde activiteitsdrempel behalen en voor de artsen die gedeeltelijk tot dit akkoord zijn toegetreden en die de activiteitsdrempel behalen.

Het bedrag van het sociaal statuut voor HAIO 's en ASO 's bedraagt voor het jaar 2022 6.401,38 EUR.

De basisbedragen van enerzijds het rustpensioen en anderzijds het overlevingspensioen worden vanaf 1 januari 2022 vastgesteld op respectievelijk 6.138,71 EUR en 5.115,73 EUR per jaar.

De NCAZ wenst dat in 2023 verdere stappen worden gezet in de sociale bescherming van de ASO's conform het advies van de Nationale paritaire commissie artsen-ziekenhuizen van 19 mei 2021. Parallel hiermee moeten evenredige stappen worden gezet ten behoeve van de HAIO's.

4.2 Geïntegreerde praktijkpremie

Het bedrag voor de praktijkpremie blijft ongewijzigd in 2022.

Een werkgroep wordt opgericht in de schoot van het Verzekeringscomité om de telematicapremies te harmoniseren, zowel op het vlak van de inhoud, de toekenningsvoorwaarden als de bedragen. De unanieme wil van de actoren is om te evolueren naar een gebruik dat meer gericht is op de inhoud van het beroep van de zorgverleners (uitwisseling van informatie, gebruik van het clinical decision system, gebruik van EBM, ...) dan op de uitvoering van administratieve taken.

De NCAZ zal deelnemen aan de werkgroep van het Verzekeringscomité en zal aan de hand van de conclusies van deze werkgroep vóór 31 december 2022 de voorwaarden voor de telematicapremie vanaf 2023 voorstellen.

3.7 Autres points d'attention

3.7.1 La CNMM a pris connaissance d'une proposition de modification législative de la loi SSI, selon laquelle les élections pour la représentation des organisations professionnelles représentatives seront dorénavant organisées tous les cinq ans au lieu de tous les quatre ans. La CNMM demande instamment que les conditions d'agrément en tant qu'organisation professionnelle représentative telles que stipulées par l'arrêté royal du 28 février 2018 fixant les règles concernant les élections médicales soient appliquées sans modification.

3.7.2 La CNMM souhaite moderniser son fonctionnement. Ceci concerne les éléments suivants :

- l'établissement d'un meilleur équilibre entre les sexes ;
- la désignation de représentants du banc médical qui exercent encore activement une profession médicale clinique, ce qui n'empêche pas le recours à des experts ;
- rationaliser le nombre de commissions et d'organes ;
- adapter les méthodes et les horaires de réunion aux nouvelles possibilités et aux réalités sociales ;
- l'utilisation appropriée des procédures écrites ;
- assurer une implication appropriée de la communauté scientifique.

3.7.3 La CNMM suivra la mise en œuvre de l'accord au moyen d'un tableau de bord qui sera établi sur une base trimestrielle et publié sur le site Internet de l'INAMI.

3.7.4 L'avancement de la mise en œuvre de l'accord fera également l'objet d'une concertation périodique avec le ministre des Affaires sociales.

4. PRIMES

4.1. Statut social

Les montants du statut social sont indexés annuellement en vertu de l'article 10 de l'arrêté royal du 5 mai 2020 instituant un régime d'avantages sociaux et d'autres avantages à certains dispensateurs de soins qui sont réputés avoir adhéré aux accords ou conventions qui les concernent.

Suite à cette indexation, les montants des avantages sociaux et autres avantages pour l'année 2022, s'élèvent à :

- à 5 128,78 euros pour les médecins qui ont adhéré à l'accord national médico-mutualiste en vigueur pour l'ensemble de leurs activités et qui atteignent le seuil d'activité figurant en annexe ou qui sont exemptés de l'obligation d'atteindre le seuil d'activité,

et

- à 2 419,36 euros pour les médecins qui ont adhéré à l'accord national médico-mutualiste en vigueur pour l'ensemble de leurs activités et qui atteignent le seuil d'activité réduit et pour les médecins qui ont adhéré partiellement à cet accord et qui atteignent le seuil d'activité.

Le montant du statut social des MGF et MSF s'élève à 6 401,38 EUR pour l'année 2022.

Le 1^{er} janvier 2022, les montants de base de la pension de retraite d'une part, et de la pension de survie d'autre part ont été fixés respectivement à 6.138,71 euros et 5.115,73 euros par an.

La CNMM souhaite que de nouvelles mesures soient prises en 2023 en matière de protection sociale des MSF, conformément à l'avis de la Commission paritaire nationale médecins-hôpitaux du 19 mai 2021. Parallèlement à cela, des mesures proportionnelles doivent être prises pour les HAIO.

4.2 Prime de pratique intégrée

Le montant de la prime de pratique reste inchangé en 2022.

Un groupe de travail sera créé au sein du Comité de l'assurance pour harmoniser les primes télématicques en termes de contenu, de conditions d'octroi et de montants. La volonté unanime des acteurs est d'évoluer vers un usage plus axé sur le contenu de la profession des dispensateurs de soins (échange d'informations, utilisation du système de décision clinique, utilisation de l'EBM, ...) que sur l'exécution de tâches administratives.

La CNMM participera au groupe de travail du Comité de l'assurance et, sur la base des conclusions de ce groupe de travail, présentera - avant le 31 décembre 2022 - les conditions de la prime télématique à partir de 2023.

4.3 Accreditering

In afwachting van de grondige herziening van het accrediteringssysteem, dat samen met de hervorming van de nomenclatuur moet worden voorbereid (zie 3.4.1), overeenkomstig de principes vastgesteld in het akkoord van 16 december 2020 bedraagt het bedrag van het forfaitair accrediteringshonorarium 645,84 EUR voor het jaar 2022.

5. CORRECTIEMAATREGELEN

De correctie maatregelen vervat in het Nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen van 13 december 2010 blijven van toepassing.

Indien ingevolge de eventuele toepassing tot automatische verlenging van het GMD of een uitbreiding van de regeling van de verplichte derde betalende tijdens de duurtijd van het akkoord meeruitgaven worden vastgesteld, kunnen deze meeruitgaven geen aanleiding geven tot correcties zoals bedoeld in artikel 18 en 40 GVV-wet.

6. TOEPASSINGSVOORWAARDEN VAN HET AKKOORD

6.1 In het kader van de toepassingsvoorwaarden van het akkoord onderscheidt men twee categorieën van zorgverleners, zowel voor de huisartsen als voor de artsen-specialisten:

- de volledig geconventioneerde zorgverleners;
- de gedeeltelijk geconventioneerde zorgverleners.

6.2 Huisartsen

6.2.1 De volledig geconventioneerde zorgverleners

De volledig geconventioneerde huisarts is de huisarts die zijn hele praktijk aan de voorwaarden van dit akkoord onderwerpt en voor wie, behalve wanneer de rechthebbende bijzondere eisen stelt die strikt zijn bepaald in punt 6.2.3., de honorariumbedragen en de reisvergoedingen, vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, op zijn hele praktijk worden toegepast.

6.2.2 De gedeeltelijk geconventioneerde zorgverleners

6.2.2.1 Definitie en toe te passen tarieven

De gedeeltelijk geconventioneerde huisarts is de huisarts die zijn hele praktijk aan de voorwaarden van dit akkoord onderwerpt, behalve gedurende de periodes en overeenkomstig de voorwaarden die strikt in punt 6.2.2.2 zijn bepaald.

Behalve tijdens de periodes en overeenkomstig de voorwaarden die strikt zijn bepaald in punt 6.2.2.2. of behalve wanneer de rechthebbende bijzondere eisen stelt die strikt zijn bepaald in punt 6.2.3, worden de honorariumbedragen en de reisvergoedingen, vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, op zijn hele praktijk toegepast.

6.2.2.2 Periodes en voorwaarden van de gedeeltelijke toetreding tot het akkoord

De gedeeltelijk geconventioneerde huisarts mag afwijken van de honorariumbedragen die zijn vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, uitsluitend voor de raadplegingen, afspraken en verstrekkingen die in de spreekkamer worden georganiseerd:

6.2.2.2.1 maximum driemaal per week per blok van maximum vier aaneengesloten uren;

6.2.2.2.2 en wanneer de rest van zijn praktijk minstens drie vierden van het totaal van zijn praktijk vertegenwoordigt en wordt verricht tegen de honorariumbedragen die zijn vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, behalve wanneer de rechthebbende bijzondere eisen stelt die strikt zijn bepaald in punt 6.2.3.

6.2.3 Bijzondere eisen van de rechthebbende

Voor de toepassing van dit akkoord worden voor de algemeen geneeskundigen de bijzondere eisen van de rechthebbende strikt als volgt bepaald:

6.2.3.1 de niet dringende bezoeken, afgelegd op verzoek van de zieke buiten de uren of het tijdschema van de normale ronde van de arts;

6.2.3.2 de oproepen van zieken die voor de arts een ongewoon belangrijke verplaatsing meebrengen;

6.2.3.3 de oproepen 's nachts, tijdens een weekend of op een feestdag wanneer de arts geen wachtdienst heeft en wanneer is uitgemaakt dat de ter plaatse georganiseerde wachtdienst toereikend is;

6.2.3.4 de raadplegingen die op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt worden verricht na 21 uur of op zaterdag, zondag of op feestdagen. Die raadplegingen vormen echter geen bijzondere eis, indien ze kaderen binnen de georganiseerde wachtdienst en indien de huisarts om persoonlijke redenen een voor het publiek toegankelijke raadpleging houdt, ontvangt op afspraak of bezoeken aflegt op deze uren en dagen.

Afgesproken is evenwel dat de zieke in behandeling, die verzocht wordt zich opnieuw in de spreekkamer van de arts aan te melden, niet onder de toepassing van de bijzondere eis valt.

4.3 Accréditation

Dans l'attente de la révision en profondeur du système d'accréditation, qui doit être préparée avec la réforme de la nomenclature, conformément aux principes établis dans l'accord du 16 décembre 2020, l'honoraire forfaitaire d'accréditation s'élève à 645,84 EUR pour l'année 2022.

5. MESURES DE CORRECTION

Les mesures de correction prévues dans l'accord national médico-mutualiste du 13 décembre 2010 restent d'application.

Si, en raison de l'éventuelle application d'une prolongation automatique du DMG ou d'une extension du régime du tiers payant obligatoire, on constate des dépenses supplémentaires au cours de la période de l'accord, ces dépenses supplémentaires ne peuvent donner lieu à des corrections au sens des articles 18 et 40 de la loi SSI.

6. CONDITIONS D'APPLICATION DE L'ACCORD

6.1 Dans le cadre des conditions d'application de l'accord, on distingue deux catégories de dispensateurs de soins, tant pour les médecins généralistes que pour les médecins spécialistes :

- les dispensateurs de soins entièrement conventionnés ;
- les dispensateurs de soins partiellement conventionnés.

6.2 Médecins généralistes

6.2.1 Les dispensateurs de soins entièrement conventionnés

Le médecin généraliste entièrement conventionné est le médecin généraliste qui soumet la totalité de sa pratique aux conditions du présent accord et pour lequel, sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 6.2.3, les taux d'honoraires et les indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués à l'ensemble de sa pratique.

6.2.2 Les dispensateurs de soins partiellement conventionnés

6.2.2.1 Définition et tarifs applicables

Le médecin généraliste partiellement conventionné est le médecin généraliste qui soumet la totalité de sa pratique aux conditions du présent accord, sauf durant les périodes et selon les conditions définies strictement au point 6.2.2.2.

Sauf durant les périodes et selon les conditions définies strictement au point 6.2.2.2, ou sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 6.2.3, les taux d'honoraires et les indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués à l'ensemble de sa pratique.

6.2.2.2 Périodes et conditions du conventionnement partiel

Le médecin généraliste partiellement conventionné peut ne pas appliquer les taux d'honoraires fixés conformément aux termes du présent accord uniquement pour les consultations, rendez-vous et prestations en cabinet organisés :

6.2.2.2.1 au maximum trois fois par semaine par plage de maximum quatre heures continues;

6.2.2.2.2 et pour autant que le reste de sa pratique représente au moins les trois quart du total de sa pratique et soit effectué aux taux d'honoraires fixés conformément aux termes du présent accord, sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 6.2.3.

6.2.3 Exigences particulières du bénéficiaire

Pour l'application du présent accord pour les médecins généralistes, les exigences particulières du bénéficiaire sont strictement définies comme suit :

6.2.3.1 les visites non urgentes effectuées à la demande du malade en dehors des heures ou du programme de la tournée normale du médecin ;

6.2.3.2 les appels de malades entraînant pour le médecin un déplacement d'une importance inhabituelle ;

6.2.3.3 les appels de nuit, de week-end ou au cours d'un jour férié, quand le médecin n'est pas de garde, lorsqu'il est établi que le service de garde organisé sur place est suffisant ;

6.2.3.4 les consultations réalisées à la demande expresse du patient après 21 heures ou les samedis, dimanches et jours fériés. Ces consultations ne constituent toutefois pas une exigence particulière si elles s'inscrivent dans le cadre du service de garde organisé et si le médecin généraliste, pour des raisons personnelles, assure des consultations accessibles au public, reçoit sur rendez-vous ou effectue des visites à ces heures et à ces jours.

Il est entendu cependant que le malade en traitement, invité à se représenter au cabinet du médecin, ne tombe pas sous l'application de l'exigence particulière.

In overeenstemming met artikel 8 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt dient de arts de patiënt vooraf in te lichten over de financiële gevolgen van de bijzondere eis die door de patiënt wordt gesteld.

6.2 Artsen-specialisten

6.3.1 De volledig geconventioneerde zorgverleners

De volledig geconventioneerde arts-specialist is de arts-specialist die zijn hele praktijk aan de voorwaarden van dit akkoord onderwerpt en voor wie, behalve wanneer de rechthebbende bijzondere eisen stelt die strikt zijn bepaald in punt 6.3.3, de honorariumbedragen en de reisvergoedingen, vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, op zijn hele praktijk worden toegepast.

6.3.2 De gedeeltelijk geconventioneerde zorgverleners

6.3.2.1 Definitie en toe te passen tarieven

De gedeeltelijk geconventioneerde arts-specialist is de arts-specialist die zijn hele praktijk aan de voorwaarden van dit akkoord onderwerpt, behalve gedurende de periodes en overeenkomstig de voorwaarden die strikt in punt 6.3.2.2. zijn bepaald.

Behalve tijdens de periodes en overeenkomstig de voorwaarden die strikt zijn bepaald in punt 6.3.2.2. of behalve wanneer de rechthebbende bijzondere eisen stelt die strikt zijn bepaald in punt 6.3.3, worden de honorariumbedragen en de reisvergoedingen, vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, op zijn hele praktijk toegepast.

6.3.2.2 Periodes en voorwaarden van de gedeeltelijke toetreding tot het akkoord

De gedeeltelijk geconventioneerde arts-specialist mag afwijken van de honorariumbedragen die zijn vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, uitsluitend voor de verstrekkingen (raadplegingen, afspraken, technische verstrekkingen, ...), voor de ambulante patiënten (niet-gehospitaliseerde patiënten en patiënten buiten het dagziekenhuis of forfait):

6.3.2.2.1 georganiseerd gedurende maximum viermaal per week per blok van maximum vier aaneengesloten uren;

6.3.2.2.2 en wanneer minstens de helft van al zijn verstrekkingen aan de ambulante patiënten wordt verricht tegen de honorariumbedragen die zijn vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, behalve wanneer de rechthebbende bijzondere eisen stelt die strikt zijn bepaald in punt 6.3.3, en op uren die normaal gezien schikken voor de rechthebbenden van de verzekering voor geneeskundige verzorging;

6.3.2.2.3 en wanneer de arts-specialist op elk van de mogelijke plaatsen van uitoefening van zijn praktijk, gedurende een bepaalde periode verstrekkingen verricht voor ambulante patiënten tegen de honorariumbedragen die zijn vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, behalve wanneer de rechthebbende bijzondere eisen stelt die strikt zijn bepaald in punt 6.3.3.

6.3.3 Bijzondere eisen van de rechthebbende

Voor de toepassing van dit akkoord worden voor de arts-specialisten de bijzondere eisen van de rechthebbende strikt als volgt bepaald:

6.3.3.1 het ziekenhuisverblijf in een afzonderlijke kamer dat door of voor de rechthebbende wordt gevraagd om persoonlijke redenen;

6.3.3.2 de oproepen thuis, behalve wanneer het gaat om raadplegingen die zijn aangevraagd door de behandelend arts;

6.3.3.3 de raadplegingen voor de ambulante patiënten die op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt worden verricht na 21 uur, of op zaterdag, zondag of op feestdagen.

Die raadplegingen vormen echter geen bijzondere eis, indien ze kaderen binnen de georganiseerde wachtdienst en indien de arts-specialist om persoonlijke redenen een voor het publiek toegankelijke raadpleging houdt, ontvangt op afspraak of bezoeken aflegt op deze uren en dagen.

Afgesproken is evenwel dat de zieke in behandeling, die verzocht wordt zich opnieuw in de spreekkamer van de arts aan te melden, niet onder de toepassing van de bijzondere eis valt.

In overeenstemming met artikel 8 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt dient de arts de patiënt vooraf in te lichten over de financiële gevolgen van de bijzondere eis die door de patiënt wordt gesteld.

6.4 De betwistingen met betrekking tot punt 6 zullen onder de arbitrage vallen van een paritair comité dat wordt samengesteld door de NCAZ en wordt voorgezeten door een ambtenaar van het Riziv.

Conformément à l'article 8 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, le médecin doit informer le patient au préalable des conséquences financières de l'exigence particulière posée par ce dernier.

6.3 Médecins spécialistes

6.3.1 Les dispensateurs de soins entièrement conventionnés

Le médecin spécialiste entièrement conventionné est le médecin spécialiste qui soumet la totalité de sa pratique aux conditions du présent accord et pour lequel, sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 6.3.3., les taux d'honoraires et les indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués à l'ensemble de sa pratique.

6.3.2 Les dispensateurs de soins partiellement conventionnés

6.3.2.1 Définition et tarifs applicables

Le médecin spécialiste partiellement conventionné est le médecin spécialiste qui soumet la totalité de sa pratique aux conditions du présent accord, sauf durant les périodes et selon les conditions définies strictement au point 6.3.2.2.

Sauf durant les périodes et selon les conditions définies strictement au point 6.3.2.2, ou sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 6.3.3, les taux d'honoraires et les indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués à l'ensemble de sa pratique.

6.3.2.2 Périodes et conditions du conventionnement partiel

Le médecin spécialiste partiellement conventionné peut ne pas appliquer les taux d'honoraires fixés conformément aux termes du présent accord uniquement pour toute prestation (consultations, rendez-vous, prestations techniques, ...) aux patients ambulatoires (patients non hospitalisés et hors hôpital de jour ou forfaits) :

6.3.2.2.1 organisée durant un maximum de quatre fois par semaine par plage de maximum quatre heures continues ;

6.3.2.2.2 et pour autant que la moitié au moins du total de toutes ses prestations aux patients ambulatoires soit effectuée aux taux d'honoraires fixés conformément aux termes du présent accord sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 6.3.3, et à des heures qui conviennent normalement aux bénéficiaires de l'assurance soins de santé ;

6.3.2.2.3 et pour autant que le médecin spécialiste assure, sur chacun des sites éventuels d'exercice de sa pratique, une plage d'accès pour des prestations aux patients ambulatoires aux taux d'honoraires fixés conformément aux termes du présent accord sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 6.3.3.

6.3.3 Exigences particulières du bénéficiaire

Pour l'application du présent accord pour les médecins spécialistes, les exigences particulières du bénéficiaire sont strictement définies comme suit :

6.3.3.1 le séjour hospitalier en chambre particulière demandé par ou pour le bénéficiaire pour des raisons de convenances personnelles ;

6.3.3.2 les appels à domicile, sauf s'il s'agit de consultations demandées par le médecin traitant ;

6.3.3.3 les consultations aux patients ambulatoires réalisées à la demande expresse du patient après 21 heures ou les samedis, dimanches et jours fériés.

Ces consultations ne constituent toutefois pas une exigence particulière si elles s'inscrivent dans le cadre du service de garde organisé et si le médecin spécialiste, pour des raisons personnelles, assure des consultations accessibles au public, reçoit sur rendez-vous ou effectue des visites à ces heures et jours.

Il est entendu cependant que le malade en traitement, invité à se représenter au cabinet du médecin, ne tombe pas sous l'application de l'exigence particulière.

Conformément à l'article 8 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, le médecin doit informer le patient au préalable des conséquences financières de l'exigence particulière posée par ce dernier.

6.4 Les contestations concernant le point 6 feront l'objet d'un arbitrage par un collège paritaire composé par la CNMM et présidé par un fonctionnaire de l'INAMI.

6.5 De artsen die toepassing maken van de facultatieve derdebetalersregeling zoals bedoeld in artikel 9, eerste lid, van het koninklijk besluit van 18 september 2015 tot uitvoering van artikel 53, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, betreffende de derdebetalersregeling, respecteren de tarieven van het akkoord voor de verstrekkingen die gedekt zijn door de voormelde facultatieve derdebetalersregeling.

7. GESCHILLEN EN BEMIDDELING

Beide partijen die dit akkoord hebben ondertekend verbinden zich ertoe alles in het werk te stellen om de bepalingen te doen naleven en correct te doen toepassen op basis van loyaliteit en wederzijds respect. De NCAZ is bevoegd voor de bemiddeling van de disputen, alsook van de geschillen die zich kunnen voordoen naar aanleiding van de interpretatie of de uitvoering van de akkoorden.

Ze kan in de geschillen inzake de interpretatie van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen bemiddelen nadat ze het advies van de Technische Geneeskundige Raad heeft ingewonnen.

8. DUUR VAN HET AKKOORD

8.1 Dit akkoord wordt gesloten voor een periode van twee jaar, namelijk van 1 januari 2022 tot en met 31 december 2023.

8.2 Opzegging

8.2.1 Overeenkomstig artikel 51, § 9, van de GVV-wet kan dit akkoord geheel of gedeeltelijk worden opgezegd door een partij of door een individuele zorgverlener tijdens de looptijd ervan, indien door de Koning of door de Algemene Raad eenzijdig maatregelen worden genomen in de verplichte verzekering geneeskundige verzorging die leiden tot een beperking van de honoraria overeenkomstig artikel 50, § 6, van voornoemde wet, met uitzondering van de maatregelen genomen bij toepassing van de artikelen 18, 51 en 68 van dezelfde wet.

8.2.2 Het akkoord kan geheel of gedeeltelijk worden opgezegd door een partij na goedkeuring van de wettelijke maatregelen met betrekking tot reglementering van de eroloesopplementen, behoudens indien deze maatregelen tot stand kwamen na akkoord met de NCAZ.

8.2.3 Het akkoord kan geheel of gedeeltelijk worden opgezegd door een partij, indien in de loop van 2022 geen koninklijk besluit werd goedgekeurd door de NCAZ, alvorens publicatie, tot uitvoering van artikel 155, § 3, tweede lid, van de ziekenhuiswet.

8.2.4 Het akkoord kan geheel of gedeeltelijk worden opgezegd door een partij of door een arts, na de bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad* van maatregelen die op eenzijdige wijze en zonder overleg met de partijen zijn tot stand gekomen en die het evenwicht van de rechten en plichten, voortvloeiend uit dit akkoord, ernstig schaadt.

8.2.5 Een representatieve organisatie die de opzegging wenst in te roepen op basis van de situaties bedoeld in punt 8.2.1 tot 8.2.4 deelt dit mee met een ter post aangetekende brief aan de voorzitter van de NCAZ binnen een termijn van 15 dagen nadat zij een van voornoemde situaties vaststelt. In dat geval roept de voorzitter van de NCAZ een vergadering bijeen waarop de Minister wordt uitgenodigd. Indien tijdens deze vergadering geen overeenstemming wordt gevonden, neemt het akkoord van rechtswege een einde na 30 dagen, mits op voornoemde vergadering met de Minister een meerderheid van de representatieve vertegenwoordigers van de artsen de opzegging bevestigt.

8.2.6 Een arts die de opzegging wenst in te roepen, op basis van de situaties bedoeld in punt 8.2.1 of 8.2.4, doet dit voor 15 december 2022 via de beveiligde webtoepassing die het Riziv daartoe via het MyRiziv-portaal ter beschikking stelt. De opzegging is van toepassing vanaf 1 januari 2023.

9. FORMALITEITEN

9.1 De artsen die weigeren toe te treden tot de bedingen van dit akkoord, geven kennis van hun weigering binnen de 30 dagen na de bekendmaking van dit akkoord in het *Belgisch Staatsblad* via de beveiligde webtoepassing die het Riziv daartoe via het MyRiziv-portaal ter beschikking stelt.

9.2 De andere artsen dan die welke, overeenkomstig de bepalingen die zijn vermeld onder 9.1, kennis hebben gegeven van hun weigering tot toetreding tot de bedingen van het akkoord dat op 21 december 2021 in de NCAZ is gesloten, worden ambtshalve geacht tot dit akkoord te zijn toegetreden voor hun volledige beroepsactiviteit, behalve als zij binnen de 30 dagen na de bekendmaking van dit akkoord in het *Belgisch Staatsblad*, de voorwaarden inzake tijd en plaats hebben meegedeeld waaronder zij, overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, de honorariumbedragen zullen toepassen enerzijds en de honorariumbedragen niet zullen toepassen, anderzijds. Deze mededeling gebeurt via de beveiligde webtoepassing die het Riziv daartoe via het MyRiziv-portaal ter beschikking stelt.

9.3 Alle latere wijzigingen van de voorwaarden inzake tijd en plaats waaronder de onder 9.2 bedoelde artsen, overeenkomstig de bedingen van het akkoord, de daarin vastgestelde honorariumbedragen zullen toepassen, mogen worden toegepast van zodra ze worden meegedeeld

6.5 Les médecins qui appliquent le tiers payant facultatif comme mentionné dans l'article 9, alinéa 1^{er}, de l'arrêté royal du 18 septembre 2015 portant exécution de l'article 53, § 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif au régime du tiers payant, respectent les tarifs de l'accord pour les prestations qui sont couvertes par le tiers payant facultatif précité.

7. LITIGES ET MÉDIATION

Les deux parties qui ont signé le présent accord s'engagent à tout mettre en œuvre pour faire respecter les dispositions et les faire appliquer correctement dans un esprit de loyauté et de respect mutuel. La CNMM est compétente pour concilier les disputes et les contestations qui peuvent surgir à propos de l'interprétation ou de l'exécution des accords.

Elle peut concilier des contestations quant à l'interprétation de la nomenclature des prestations de santé, après avoir pris l'avis du Conseil technique médical.

8. DURÉE DE L'ACCORD

8.1 Le présent accord est conclu pour une période de deux ans, à savoir du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2023 inclus.

8.2 Dénonciation

8.2.1 Conformément à l'article 51, § 9, de la loi SSI, le présent accord peut être dénoncé entièrement ou partiellement par une partie ou par un dispensateur de soins individuel pendant la durée de celui-ci, si le Roi ou le Conseil général prennent unilatéralement des mesures dans l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités entraînant une restriction des honoraires conformément à l'article 50, § 6, de la loi précitée à l'exception des mesures prises en application des articles 18, 51 et 68 de cette loi.

8.2.2 L'accord peut être dénoncé entièrement ou partiellement par une partie après l'approbation de mesures légales concernant la réglementation des suppléments d'honoraires, sauf si ces mesures ont été prises après l'accord de la CNMM.

8.2.3 L'accord peut être dénoncé entièrement ou partiellement par une partie si, au cours de l'année 2022, aucun arrêté royal n'a été approuvé par la CNMM avant publication, en ce qui concerne l'exécution de l'article 155, § 3, deuxième alinéa, de la loi sur les hôpitaux.

8.2.4 L'accord peut être dénoncé entièrement ou partiellement par une partie ou par un médecin suite à la publication au *Moniteur belge* de mesures prises unilatéralement et sans concertation avec les parties et qui affectent gravement l'équilibre des droits et obligations découlant du présent accord.

8.2.5 Une organisation représentative qui souhaite invoquer la dénonciation sur la base des situations visées aux points 8.2.1 à 8.2.4 le notifie par lettre recommandée à la poste, adressée au président de la CNMM, dans un délai de 15 jours après la constatation d'une des situations précitées. Dans ce cas le président de la CNMM convoque une réunion à laquelle le ministre est invité. Si aucun accord n'est trouvé lors de cette réunion, l'accord prend fin de plein droit 30 jours plus tard, à condition que lors de la réunion susmentionnée avec le ministre, la majorité des représentants des médecins confirme la dénonciation.

8.2.6 Le médecin qui souhaite invoquer la dénonciation, sur la base des situations visées au point 8.2.1 ou 8.2.4, doit le faire avant le 15 décembre 2022 au moyen de l'application en ligne sécurisée que l'INAMI met à disposition à cette fin au moyen du portail MyInami. Cette dénonciation s'applique à partir du 1^{er} janvier 2023.

9. FORMALITÉS

9.1 Les médecins qui refusent d'adhérer aux termes du présent accord notifient leur refus dans les trente jours qui suivent la publication de cet accord au *Moniteur belge* au moyen de l'application en ligne sécurisée que l'INAMI met à disposition à cette fin au moyen du portail MyInami.

9.2 Les médecins, autres que ceux qui, conformément aux dispositions prévues au point 9.1, ont notifié leur refus d'adhésion aux termes de l'accord conclu le 21 décembre 2021 à la CNMM, sont réputés d'office avoir adhéré à cet accord pour leur activité professionnelle complète, sauf si, dans les trente jours qui suivent la publication de cet accord au *Moniteur belge*, ils ont communiqué, d'une part, les conditions de temps et de lieu dans lesquelles ils appliqueront le montant des honoraires qui y sont fixés, conformément aux clauses du présent accord, et, d'autre part, les conditions de temps et de lieu dans lesquelles ils n'appliqueront pas le montant des honoraires qui y sont fixés. Cette communication se fait au moyen de l'application en ligne sécurisée que l'INAMI met à disposition à cette fin au moyen du portail MyInami.

9.3 Tous changements ultérieurs des conditions de temps et de lieu dans lesquelles, conformément aux clauses de l'accord, les médecins visés sous le point 9.2. appliqueront les montants d'honoraires qui y sont fixés, peuvent être appliqués à partir de leur communication au

via de beveiligde webtoepassing die het Riziv daartoe via het MyRiziv-portaal ter beschikking stelt.

9.4 De wilsuitingen onder 9.1, 9.2 en 9.3 worden geacht te zijn uitgebracht op de datum van registratie in de webtoepassing.

Opgemaakt te Brussel, 21 december 2021

De vertegenwoordigers van de artsen,

Luc HERRY (ABSyM-BVAS), Thomas GEVAERT (Kartel-Cartel), Roel VAN GIEL (AADM)

De vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen,

Luc VAN GORP (100), Philippe MAYNE (200), Paul CALLEWAERT (300), Carina BONNEWYN (400), Ann CEUPPENS (500), Christine MICLOTTE (600), Hedwig DUBOIS (900)

moyen de l'application en ligne sécurisée que l'INAMI met à disposition à cette fin au moyen du portail MyInami.

9.4 Les expressions de volonté sous les points 9.1, 9.2 et 9.3 sont censées être faites à la date de l'enregistrement dans l'application en ligne.

Fait à Bruxelles, le 21 décembre 2021

Les représentants des médecins,

Luc HERRY (ABSyM-BVAS), Thomas GEVAERT (Kartel-Cartel), Roel VAN GIEL (AADM)

Les représentants des organismes assureurs,

Luc VAN GORP (100), Philippe MAYNE (200), Paul CALLEWAERT (300), Carina BONNEWYN (400), Ann CEUPPENS (500), Christine MICLOTTE (600), Hedwig DUBOIS (900)

NATIONAAL AKKOORD ARTSEN - ZIEKENFONDSEN 2022-2023 - BIJLAGE

21-12-2021

In 000 EUR	Toepassing	2022	2023
Beschikbare middelen			
Artsen honoraria: Indexmassa 2022	01-01-22	75.703	75.703
Dialyse: Indexmassa 2022	01-01-22	3.775	3.775
LVZ: indexmassa 2022 (deel artsen)	01-01-22	2.875	2.875
Subtotaal indexmassa		82.353	82.353
Gereserveerde bedragen 2022	01-01-22	5.780	0
Maatregelen toegankelijkheid nog uit te voeren 2022	01-01-22	2.557	2.557
Totaal		90.690	84.910
Aanwending middelen			
a) Indexering		76.751	76.751
Klinische biologie	01-01-22	11.786	11.786
Index: 0,73%			
Forfaitaire honoraria per voorschrift: 0,79%			
Medische beeldvorming	01-01-22	10.537	10.537
Index: 0,73%			
Raadplegingen, bezoeken en adviezen	01-01-22	22.802	22.802
Index: 0,73%			
Zorgtrajecten 0,79%			
Speciale verstrekkingen	01-01-22	11.361	11.361
Index: 0,73%			
Genetic counseling, MOC en overeenkomstencomplex chirurgie: 0,79%			
Heelkunde	01-01-22	8.819	8.819
Index: 0,73%			
Overeenkomsten borstreconstructie en complexechirurgie: 0,79%			
Gynaecologie	01-01-22	467	467
Index: 0,73%			
Toezicht	01-01-22	3.692	3.692
Index: 0,73%			
Honoraria buiten nomenclatuur	01-01-22	855	855
Index: 0,73%			
Geïntegreerde premie huisartsengeneeskunde: geen index			
Dialyse	01-01-22	3.775	3.775
Index: 0,79%			
LVZ	01-01-22	2.657	2.657
Index (deel artsen)			
b) Initiatieven		13.813	14.293
Fysische geneeskunde en revalidatie	01-01-22	5.000	5.000

In 000 EUR	Toepassing	2022	2023
Consultatie op K-dienst door pediater 3x/week	01-06-22	60	101
Invoering verstrekking HyFoSy	01-06-22	320	549
NMR onder narcose	01-06-22	18	31
Anesthesie bij orbitachirurgie	01-06-22	78	134
Apsaraginase-conventie	01-01-23	0	141
Wachposten - extra budget 2022 via gereserveerde bedragen	01-01-22	3.800	3.800
Herwaardering nacht- en weekendtoeslag spoed	01-01-22	1.980	1.980
Toegankelijkheid (zie beschikbare massa)	01-01-22	2.557	2.557
Totaal		90.564	91.044
Saldo (*)		126	-6.134

(*) De NCAZ engageert zich ertoe om in de partiële begrotingsdoelstelling van 2023 een bedrag van 6.134 duizend EUR te compenseren

ACCORD NATIONAL MEDICO-MUTUALISTE 2022-2023 - ANNEXE

21-12-2021

En 000 EUR	Application	2022	2023
Moyens disponibles			
Honoraires médicaux: Masse index 2022	01-01-22	75.703	75.703
Dialyse: Masse index 2022	01-01-22	3.775	3.775
SBV: Masse index 2022 (partie médecins)	01-01-22	2.875	2.875
<i>Sous-total masse d'index</i>		82.353	82.353
Montants réservés 2022	01-01-22	5.780	0
Mesure d'accessibilité encore à mettre en œuvre 2022	01-01-22	2.557	2.557
Total		90.690	84.910
Utilisation des moyens			
a) Indexation		76.751	76.751
Biologie clinique	01-01-22	11.786	11.786
Index: 0,73%			
Honoraires forfaitaires par prescription: 0,79%			
Imagerie médicale	01-01-22	10.537	10.537
Index: 0,73%			
Consultations, visites et avis	01-01-22	22.802	22.802
Index: 0,73%			
Trajets de soins 0,79%			
Prestations spéciales	01-01-22	11.361	11.361
Index: 0,73%			
Genetic counseling, COM et conventionschirurgie complexe: 0,79%			
Chirurgie	01-01-22	8.819	8.819
Index: 0,73%			
Conventions reconstruction mammaire et chirurgie complexe: 0,79%			
Gynécologie	01-01-22	467	467
Index: 0,73%			
Surveillance	01-01-22	3.692	3.692
Index: 0,73%			
Honoraires hors nomenclature	01-01-22	855	855
Index: 0,73%			
Prime de pratique intégrée en médecine générale: pas d'index			

En 000 EUR	Application	2022	2023
Dialyse	01-01-22	3.775	3.775
Index: 0,79%			
SBV	01-01-22	2.657	2.657
Index (partie médecins): 0,73%			
b) Initiatives		13.813	14.293
Médecine physique et rééducation fonctionnelle	01-01-22	5.000	5.000
Consultation 3x/semaine par un pédiatre au service K	01-06-22	60	101
Introduction prestation HyFoSy	01-06-22	320	549
NMR sous anesthésie	01-06-22	18	31
Anesthésie en chirurgie orbitaire	01-06-22	78	134
Convention asparaginase	01-01-23	0	141
Postes de garde - budget extra 2022 via montants réservés	01-01-22	3.800	3.800
Revalorisation des allocations d'urgence de nuit et de week-end	01-01-22	1.980	1.980
Accessibilité (voir masse disponible)	01-01-22	2.557	2.557
Total		90.564	91.044
Solde (*)		126	- 6.134

(*) La CNMM s'engage à compenser un montant de 6.134 milliers d'EUR dans l'objectif budgétaire partiel de 2023