

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2026/001072]

Ministerraad 30/01/2026 notificatie punt 12

BETREFT: MINISTER VAN SOCIALE ZAKEN

Goedkeuring van het nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen 2026 - 2027, in uitvoering van het artikel 51, § 1, 3de lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

2026A70720.002

NOTIFICATIE. Met dien verstande dat rekening zal worden gehouden met de brief van 21 januari 2026 van de Minister van Begroting, wordt het voorstel, vervat in punt 9 van de nota van 22 januari 2026, goedgekeurd.

De Secretaris van de Raad,
S. DE NEEF

NATIONAAL AKKOORD ARTSEN-ZIEKENFONDSEN 2026-2027

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 Mickaël DAUBIE op 18 december 2025 het navolgende akkoord gesloten voor de jaren 2026 en 2027.

1. Inleiding

“De gezondheidszorg moet betaalbaar, daadwerkelijk toegankelijk en van optimale kwaliteit zijn voor iedereen. Ook voor de volgende generaties. We moeten bovendien kunnen inspelen op on vervulde behoeften en nieuwe noden. Dat is de inzet van deze regering. Daarom zullen we de komende jaren meer investeren in de gezondheidszorg.” Zo begon de nota over het Budget voor de gezondheidszorg 2026.

Sinds de goedkeuring van het laatste akkoord heeft de Algemene Raad van het RIZIV (nota ARGV 2025/029 van 5 mei 2025) gezondheidszorgdoelstellingen vastgelegd die eveneens als kompas moeten dienen voor onze acties en keuzes:

GZD 3: Een betere organisatie van de eerstelijnszorg en een betere coördinatie tussen de verschillende zorglijnen, door het opzetten van multidisciplinaire teams en het toepassen van de principes van “population management”.

GZD 5: Een betere financiële toegankelijkheid van zorg voor iedereen, en de afschaffing van onverklaarde verschillen in kwaliteit en gepastheid van zorg tussen de verschillende sociaaleconomische groepen.

GZD 7: Meer nadruk op sensibilisering, preventie en screening, door de samenwerking tussen de federale en gefedereerde entiteiten te verankeren in duidelijke afspraken.

GZD 1: Een betere verzameling en een beter delen van gegevens, zowel op macroniveau ter ondersteuning van het gezondheidsbeleid als op het niveau van de individuele patiënt voor beter geïntegreerde zorg.

GZD 2: Een hogere efficiëntie, onder meer door het wegwerken van grote onverklaarde verschillen in medische praktijken.

1.1. Het belang van een rationeel gebruik van middelen

In een gezondheidsstelsel dat gecoördineerd wordt met beperkte middelen en toenemende noden, zijn efficiëntie en effectiviteit niet langer een keuze maar een noodzaak. Het gaat er niet enkel om kosten te verlagen, maar om te garanderen dat elke interventie een reële waarde biedt voor de patiënt. Dit is onder meer het doel van Value-Based Healthcare: de zorg organiseren rond de resultaten die ertoe doen voor de patiënt, deze resultaten meten en de incentives afstemmen om de kwaliteit te verbeteren en onnodige uitgaven, met inbegrip van de administratieve uitgaven, te vermijden.

Daartegenover staat het concept “low value care”, waarmee medische handelingen door hun aard of door hun gebruik in feite geen significant voordeel opleveren of zelfs schadelijk kunnen zijn voor de patiënt. Deze praktijken leiden tot een verspilling van middelen en verhogen het risico op complicaties. Om dit aan te pakken, stimuleren initiatieven zoals “Choosing Wisely” zorgverleners om onnodige onderzoeken of behandelingen in vraag te stellen en om te kiezen voor gedeelde besluitvorming met de patiënt, gebaseerd op de best beschikbare wetenschappelijke evidentie. Deze dient op een efficiënte en praktijkgerichte manier toegankelijk te zijn voor zorgverleners.

Efficiëntie bevorderen betekent dus het verminderen van zorg met een lagere toegevoegde waarde, het versterken van de relevantie van interventies en het richten van middelen daar waar ze de grootste impact hebben. Deze aanpak verbetert de kwaliteit van de zorg, de patiëntveiligheid en de financiële duurzaamheid van het gezondheidsstelsel. Ze vormt een pijler van een verantwoorde geneeskunde, die

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

[C – 2026/001072]

Conseil des Ministres 30/01/2026 notification point 12

CONCERNE : MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES

Approbation de l'accord national médico-mutualiste 2026 - 2027, en exécution de l'article 51, § 1, alinéa 3, de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

2026A70720.002

NOTIFICATION. Étant entendu que l'on tiendra compte de la lettre du 21 janvier 2026 du Ministre du Budget, la proposition, contenue au point 9 de la note du 22 janvier 2026, est approuvée.

Le Secrétaire du Conseil,
S. DE NEEF

ACCORD NATIONAL MÉDICO-MUTUALISTE 2026-2027

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 Monsieur Mickaël DAUBIE, a conclu le 18 décembre 2025 l'accord suivant pour les années 2026 et 2027.

1. Introduction

« Les soins de santé doivent être abordables, effectivement accessibles et de qualité optimale pour tous. Y compris pour les prochaines générations. Il faut également pouvoir répondre aux besoins non satisfaits et aux nouveaux besoins. Tel est l'engagement de ce gouvernement. C'est pourquoi nous investirons davantage dans les soins de santé au cours des prochaines années ». Ainsi commençait la note sur le budget des soins de santé 2026.

Depuis la conclusion du dernier accord, le Conseil général de l'INAMI (note CGSS 2025/029 du 5 mai 2025) a choisi des objectifs de soins de santé qui doivent également nous servir de boussole dans nos actions et nos choix :

OSS 3 : Une meilleure organisation des soins de première ligne et une meilleure coordination des différentes lignes de soins, en mettant en place des équipes pluridisciplinaires et en appliquant les principes de « population management ».

OSS 5 : Une meilleure accessibilité financière des soins pour tous, et la suppression des différences de qualité et d'adéquation des soins inexpliquées entre les différents groupes socioéconomiques.

OSS 7 : L'accent mis davantage sur la sensibilisation, la prévention et le dépistage, en ancrant la coopération entre les entités fédérale et fédérées dans des accords clairs.

OSS 1 : Une meilleure collecte et un meilleur partage des données, tant au niveau macro pour éclairer les politiques de santé, qu'au niveau du patient individuel pour des soins mieux intégrés.

OSS 2 : Une efficacité accrue, notamment en supprimant les grandes différences inexpliquées entre les pratiques médicales.

1.1. L'importance d'une utilisation rationnelle des moyens

Dans un système de santé confronté à des ressources limitées et à des besoins croissants, l'efficacité et l'efficacités ne sont plus une option mais un impératif. Il ne s'agit pas seulement de réduire les coûts, mais de garantir que chaque intervention apporte une réelle valeur ajoutée pour le patient. C'est notamment l'objectif du Value-Based Healthcare : organiser les soins autour des résultats qui comptent pour le patient, en mesurant ces résultats et en alignant les incitants pour améliorer la qualité tout en évitant les dépenses inutiles, y compris les dépenses administratives.

À l'inverse, le concept de « low value care » désigne les actes médicaux qui, par leur nature ou par leur usage, n'apportent pas de bénéfice significatif, voire peuvent nuire au patient. Ces pratiques entraînent un gaspillage de ressources et augmentent les risques de complications. Pour y remédier, des initiatives comme « Choosing Wisely » encouragent les dispensateurs de soins à remettre en question les examens ou traitements non nécessaires et à privilégier la décision partagée avec le patient, fondée sur les meilleures preuves scientifiques. Elle doit être accessible aux dispensateurs de soins de manière efficace et adaptée à la pratique.

Promouvoir l'efficacité, c'est donc réduire les soins à faible valeur, renforcer la pertinence des interventions et concentrer les moyens là où ils ont le plus d'impact. Cette approche améliore la qualité des soins, la sécurité des patients et la durabilité financière du système de santé. Elle constitue un pilier d'une médecine responsable, centrée sur la valeur et non sur le volume. Un deuxième pilier repose sur l'efficacité des soins

gericht is op waarde in plaats van volume. Een tweede pijler is effectiviteit van de zorg, waarbij er wordt gekeken of zorginterventies daadwerkelijk leiden tot significant betere gezondheidssuitkomsten. Effectiviteit bevorderen betekent dus dat de kwaliteit van de zorg voor de patiënt, de doeltreffendheid van de behandeling van de patiënt, en waarde-creatie voor de patiënt verbeterd wordt.

Er bestaan talrijke hefboomen (stimuleren van daghospitatie, thuishospitalisatie, enz.) en het is een gedeelde verantwoordelijkheid van de actoren om deze hefboomen op een correcte manier te activeren. Met de oprichting van een directie "appropriate care" stelt het RIZIV zich organisatorisch op om dit streven te ondersteunen. Een eerste strategisch plan met betrekking tot deze uitdaging wordt verwacht tegen 31 maart 2026. De NCAZ zal betrokken worden in de operationalisering van het plan.

De ondersteuning van zorgverleners bij het efficiënt gebruik van middelen vormt een belangrijk aandachtspunt binnen dit werkveld. Dit gebeurt bijvoorbeeld via de uitrol van beslissingsondersteunende hulpmiddelen voor het voorschrijven van antibiotica (lancering in december 2025), in de medische beeldvorming (Q4 2026 als piloot) of in de klinische biologie, evenals via de herorganisatie van het Evikey-netwerk binnen het KCE. Dit laatste zal zich toelagen op het ontwikkelen van richtlijnen voor de eerste lijn.

In 2026 zal worden onderzocht of er een koppeling kan gemaakt worden tussen het gebruik van de PSS en de geïntegreerde praktijkpremie.

Verscheidende rapporten en analyses tonen aan dat er grote variaties bestaan in de zorgpraktijk in België. Verschillen kunnen soms een teken zijn van onder meer niet optimaal gebruik van de beschikbare middelen. De NRKP heeft het initiatief genomen om de wetenschappelijke en de beroepsverenigingen van artsen aan te schrijven om te achterhalen wat de oorzaken zijn achter sommige praktijkvariaties binnen een specialisme. Op basis van de verkregen rapporten die vóór 30 juni 2026 moeten worden bezorgd zullen afwijkingen ten opzichte van de richtlijnen en aanbevelingen van wetenschappelijke verenigingen kunnen worden geïdentificeerd. Na identificatie van de afwijkingen dient gewerkt te worden aan een nodige en wenselijke remediëring. Hierbij dient bijzondere aandacht besteed te worden aan de representativiteit van kwaliteitsindicatoren bij de evaluatie van praktijkvariaties. Dit is essentieel om een juiste evaluatie te doen van bestaande praktijkvariaties.

Deze reflectie kan niet plaatsvinden zonder een debat over de responsabilisering van de patiënt in het gebruik van de publieke middelen die aan gezondheidszorg worden besteed. De sleutels tot deze responsabilisering zijn veelzijdig: acties ter bevordering van de "empowerment van de patiënt", het stimuleren van gezondheidsgeletterdheid, het verstandig inzetten van remgeld (niet als drempel tot toegang, maar als stimulans voor een verantwoord gebruik van de middelen voor de zorg waar hij rechtstreeks toegang toe heeft), ...

In dit kader van rationeel middelengebruik is het evident dat de opbrengsten van de inspanningen die door de NCAZ worden geleverd, ter beschikking van de Commissie blijven om nieuwe initiatieven met (hogere) waarde te ondersteunen.

1.2. Preventie is de sleutel om te evolueren van een systeem dat ondergaat naar een systeem dat beschermt

In een gezondheidssysteem dat momenteel in "oververhitting" verkeert, kunnen we zowel ingrijpen op het zorgaanbod als op de zorgvraag om de druk te verminderen. Een manier om de zorgvraag te beperken is te investeren in preventie. De Wereldgezondheidsorganisatie erkent dat 86% van alle overlijdens en 77% van de ziektelast in de Europese regio toe te schrijven zijn aan niet-overdraagbare ziekten, en dat de last van deze aandoeningen aanzienlijk kan worden verminderd door preventie.

Toch tonen economische evaluaties aan dat preventie vaak ondergefinancierd blijft, ondanks haar doeltreffendheid. Preventie moet een strategische prioriteit worden voor de duurzaamheid van het gezondheidssysteem, wat programmatische investeringen en een globale aanpak van de gezondheidsdeterminanten vereist. Bepaalde vaccinatiecampagnes, vroegtijdige screenings en welzijnsinitiatieven zijn zeer kosteneffectief en verminderen op lange termijn de behandelingskosten.

In dit kader is het GMD een krachtig instrument. De huidige nomenclatuur bepaalt immers dat het GMD de gegevens bevat over de preventieve maatregelen die worden genomen op basis van de leeftijd en het geslacht van de patiënt.

Hoewel het GMD een krachtig instrument is voor preventie, blijft het momenteel sterk onderbenut. De partners van de NCAZ komen overeen hoe dit preventieelk binnen het GMD kan worden versterkt en geactiveerd en dit ten laatste tegen 31 december 2026.

De centrale rol die het GMD in ons gezondheidssysteem moet vervullen (zowel op het vlak van volksgezondheid als als financieringsbron) vereist dat twee problemen worden opgelost:

et consiste à vérifier si les interventions médicales conduisent réellement à des améliorations significatives des résultats de santé. Promouvoir l'efficacité signifie donc améliorer la qualité des soins, l'efficacité du traitement et la création de valeur pour le patient.

Les leviers sont nombreux (encouragement de l'hospitalisation de jour et de l'hospitalisation à domicile, etc.) et les activer correctement relève de la responsabilité commune des acteurs. En créant une direction « appropriate care », l'INAMI se met en ordre de marche pour soutenir cet effort. Un premier plan stratégique relatif à ce défi est attendu pour le 31 mars 2026. La CNMM sera impliquée dans l'opérationnalisation du plan.

Le soutien des prestataires de soins dans l'utilisation efficace des moyens est un axe important de ce chantier. Cela passe par exemple par le déploiement d'outils d'aide à la décision pour la prescription des antibiotiques (lancement en décembre 2025), en imagerie médicale (Q4 2026, comme pilote) ou en biologie clinique ou encore par la réorganisation du réseau Evikey au sein du KCE. Ce réseau se concentrera sur l'élaboration de lignes directrices pour la première ligne.

En 2026, il sera examiné s'il est possible d'établir un lien entre l'utilisation du PSS et la prime de pratique intégrée.

Divers rapports et analyses montrent qu'il existe de grandes variations dans la pratique des soins en Belgique. Les différences peuvent parfois être le signe, entre autres, d'une utilisation non optimale des ressources disponibles. La CNPQ a pris l'initiative de contacter les associations scientifiques et professionnelles de médecins afin d'identifier les causes de certaines variations de pratique au sein d'une spécialité. Sur la base des rapports qui doivent être transmis avant le 30 juin 2026, il sera possible d'identifier les écarts par rapport aux guidelines et recommandations des sociétés scientifiques. Après identification des écarts, il convient de travailler à une remédiation nécessaire et souhaitable. Il convient d'accorder une attention particulière à la représentativité des indicateurs de qualité lors de l'évaluation des variations de pratique. Cela est essentiel pour réaliser une évaluation correcte des variations de pratique existantes.

Cette réflexion ne peut pas faire l'économie d'un débat sur la responsabilisation du patient dans l'utilisation des moyens publics consacrés aux soins de santé. Les clés de cette responsabilisation sont multiples : actions en faveur de l'« empowerment du patient », encouragement de la littératie en santé, utilisation intelligente des tickets modérateurs (afin qu'ils soient non pas des freins à l'accès aux soins, mais bien des moteurs pour une utilisation réfléchie des moyens pour les soins qui lui sont directement accessibles), ...

Dans ce cadre d'utilisation rationnelle des moyens, il est évident que le fruit qui résulte des efforts entrepris par la CNMM doit rester à la disposition de la Commission afin de soutenir de nouvelles initiatives à (plus haute) valeur ajoutée.

1.2. La prévention est la clé pour passer d'un système qui subit à un système qui protège

Dans un système de santé en « surchauffe » comme nous le connaissons actuellement, nous pouvons agir non seulement sur l'offre de soins, mais aussi sur la demande de soins pour diminuer les tensions. Une façon de diminuer la demande de soins est d'investir dans la prévention. L'Organisation mondiale de la santé reconnaît que, au sein de la Région Européenne, 86 % de l'ensemble des décès et 77 % de la charge de morbidité sont imputables aux maladies non transmissibles et que la charge de ces maladies peut être nettement réduite par la prévention.

Néanmoins, les évaluations économiques montrent que la prévention est souvent sous-financée malgré son efficacité. La prévention doit devenir un impératif stratégique pour la soutenabilité du système de santé, nécessitant des investissements programmatiques et une approche globale des déterminants de santé. Certaines campagnes vaccinales, certains dépistages précoces et certaines initiatives bien-être sont hautement coût-efficaces et réduisent les coûts de traitement à long terme.

Dans ce cadre, le DMG est un outil puissant. En vertu de la nomenclature actuelle, le DMG doit contenir les données relatives aux mesures préventives adoptées en fonction de l'âge et du sexe du patient.

Si le DMG est un outil puissant pour la prévention, il reste tout à fait sous-exploité. Les partenaires de la CNMM se mettront d'accord sur la manière de renforcer et d'activer ce volet de prévention à travers le DMG et ceci au plus tard pour le 31 décembre 2026.

Le rôle pivot que doit jouer le DMG dans notre système de santé (à la fois en termes de santé publique et comme source de financement) exige que deux problèmes soient résolus :

• enerzijds moeten huisartsen op elk moment van de verzekeringsinstellingen een correcte uniforme lijst met de mededeling van de uitgevoerde betalingen kunnen krijgen van de patiënten voor wie zij houder zijn van het GMD. Daartoe verbinden de verzekeringsinstellingen zich ertoe om, in overleg met de huisartsen, de reeds gesignaleerde problemen op te lossen tegen ten laatste 31 december 2026;

• anderzijds erkennen de partners van de NCAZ dat de wijziging van GMD-houder zonder medeweten van de patiënt een probleem vormt dat moet worden opgelost. De partners verbinden zich ertoe na te denken over een notificatiesysteem waarbij de verzekeringsinstelling (VI) een bericht (sms, e-mail, WhatsApp) stuurt naar de patiënt wanneer een verzoek tot wijziging van GMD-houder bij de verzekeringsinstelling binnenkomt.

Binnen het Begeleidingscomité New Deal en de werkgroep GMD werden nog een aantal andere problemen vastgesteld van technische aard met betrekking tot de facturatie en de (niet-)uitbetalingen van de GMD's, de zorgtrajecten en de capaciteitsfinanciering binnen de New Deal. Het betreft onder meer problemen met betrekking tot de therapeutische relatie, de verzekerbaarheid, mutaties, post-mortem notificaties, notificaties zonder prestatie, enz.

Een tripartite werkgroep met vertegenwoordigers van de huisartsen, de ziekenfondsen en de software-fabrikanten zal worden gecreëerd om deze technische problemen te identificeren en recht te zetten door het nemen van technisch haalbare, structurele maatregelen die tegemoetkomen aan de behoeften van het terrein.

De Commissie Forfait, het Begeleidingscomité New Deal en de WG GMD zullen zich focussen op de verdere inhoudelijke uitdieping en verbetering van het GMD. Voor 31 december 2026 zullen voorstellen worden uitgewerkt met betrekking tot:

- het beheer van het GMD op praktijkniveau
- de gegevensuitwisseling vanuit het GMD op het praktijkniveau
- de harmonisering van het GMD-beheer tussen alle financierings-systemen, inclusief de medische huizen
- de duidelijke link tussen het GMD, de praktijk, de zorgverleners binnen een praktijk en de therapeutische relatie.

1.3. Vooraf laatste levensmaanden wegen op zorgbudget

In 2026 en 2027 zal gewerkt worden aan een blauwdruk voor een palliatief zorgtraject. Het zorgtraject beoogt een gelijkwaardige en tijdige toegang tot goede palliatieve zorg voor elke palliatief geïdentificeerde rechthebbende waarbij rekening gehouden wordt met de volledige palliatieve periode. De gehanteerde definities en gebruikte tools worden geanalyseerd waarbij er bijzondere aandacht is voor dit tijdig aanbieden van palliatieve zorg binnen een zorgvuldig gekozen narratief.

In 2026 zullen reeds gerichte en haalbare voorstellen worden uitgewerkt met als doel het realiseren van kwaliteitsvolle en doelmatige zorg in de laatste levensfase, conform de principes van de Quintuple Aim. Dit houdt in dat voor palliatieve patiënten wordt gestreefd naar zorg die niet alleen kwalitatief hoogstaand is maar tevens kosteneffectief en toegankelijk blijft en het welzijn van de zorgprofessional waarborgt. De levenskwaliteit en de persoonlijke zorgdoelen van de patiënt staan hierbij centraal. Er wordt bijzondere aandacht besteed aan het vermijden van therapeutische hardnekkigheid met respect voor de wensen van de patiënt.

Een werkgroep "End of life", bestaande uit artsen, verpleegkundigen, verzekeringsinstellingen en patiëntenorganisaties, zal tegen 30 juni 2026 een rapport voorleggen met concrete en haalbare voorstellen.

1.4. De niet-geplande zorg beter organiseren betekent urgentie omzetten in efficiëntie: elke patiënt die correct wordt doorverwezen, maakt middelen vrij voor wie ze echt nodig heeft.

Momenteel betreft een aanzienlijk deel van de spoedconsultaties en huisartsenwachtpostconsultaties gevallen die in de reguliere eerstelijnszorg kunnen worden behandeld. Het optimaliseren van de wachtdienstposten en de telefonische triage (1733) zal de ziekenhuis- en de huisartsenwachtpostoverbelasting verminderen en zorgtijd vrijmaken voor patiënten die werkelijk dringende zorg nodig hebben, waardoor ook de kosten van vermijdbare zorg zowel in eerste als in tweede lijn zullen dalen. Een geïntegreerde organisatie (eerstelijnszorg en ziekenhuizen) voorkomt dubbeluren en onnodige zorg. Dit maakt het mogelijk om personeel en uitrusting te heroriënteren naar de meest dringende noden.

Hoewel de financiering van de wachtposten voor huisartsen momenteel wordt geëvalueerd, zal deze in 2026 op dezelfde manier worden behouden als in de voorgaande jaren. Er werden in de afgelopen jaren enkele aanpassingen doorgevoerd: onder meer de rubrieken van de vaste operationele kosten in één rubriek samenbrengen waarbij budgetverschuivingen tussen de verschillende sub-rubrieken mogelijk zijn. De niet bestede bedragen in de budgetten weekendwacht (3 miljoen EUR) en weekwacht (5 miljoen EUR) worden in het kader van besparingen voor 2026 uit het budget gehaald. Vanaf 2027 zullen ze weer beschikbaar zijn. Ondertussen wordt er tussen de vertegenwoordigers van de

• d'une part, les médecins généralistes doivent à tout moment pouvoir obtenir de la part des organismes assureurs une liste uniforme et correcte des patients desquels ces médecins généralistes détiennent le DMG ; cette liste doit également contenir la communication des paiements effectués. À cette fin, les organismes assureurs s'engagent à résoudre les problèmes déjà signalés, en concertation avec les médecins généralistes, pour le 31 décembre 2026 au plus tard;

• d'autre part, les partenaires de la CNMM reconnaissent que le changement de détenteur de DMG à l'insu du patient est un problème qui doit être résolu. Les partenaires s'engagent à réfléchir à un système de notification par lequel l'organisme-assureur (OA) envoie un message (SMS, mail, WhatsApp) au patient lorsqu'une demande de changement de détenteur du DMG parvient à l'organisme assureur.

Au sein du Comité d'accompagnement New Deal et du groupe de travail DMG, plusieurs autres problèmes d'ordre technique ont été constatés concernant la facturation et les (non-)paiements des DMG, des trajets de soins et du financement par capitation dans le cadre du New Deal. Il s'agit notamment de problèmes liés à la relation thérapeutique, à l'assurabilité, aux mutations, aux notifications post-mortem, aux notifications sans prestation, etc.

Un groupe de travail tripartite, composé de représentants des médecins généralistes, des mutualités et des éditeurs de logiciels, sera créé afin d'identifier ces problèmes techniques et de les corriger en adoptant des mesures structurelles techniquement réalisables, répondant aux besoins du terrain.

La Commission du forfait, le Comité d'accompagnement New Deal et le GT DMG se concentreront sur l'approfondissement et l'amélioration du contenu du New Deal et du DMG. Des propositions seront élaborées avant le 31 décembre 2026 concernant :

- la gestion du DMG au niveau des pratiques
- l'échange de données depuis le DMG au niveau des pratiques
- l'harmonisation de la gestion du DMG entre l'ensemble des systèmes de financement, y compris les maisons médicales
- le lien clair entre le DMG, la pratique, les dispensateurs de soins au sein d'une pratique et la relation thérapeutique.

1.3. Les derniers mois de vie pèsent particulièrement sur le budget des soins de santé

Un projet de trajet de soins palliatifs sera préparé en 2026 et 2027. Le trajet de soins vise à ce que tout bénéficiaire identifié comme palliatif puisse bénéficier d'un accès égalitaire, et en temps opportun, à des soins palliatifs de qualité, en tenant compte de la période palliative complète. Les définitions et outils utilisés sont analysés avec une attention particulière pour cette offre, en temps utile, de soins palliatifs et ce, dans le cadre d'un narratif soigneusement choisi.

Des propositions ciblées et réalistes seront déjà élaborées en 2026, afin de dispenser des soins de qualité et efficaces dans la dernière phase de vie des patients, conformément aux principes du Quintuple Aim. Cela implique que pour les patients palliatifs, on vise des soins qui, non seulement, soient de très haute qualité tout en restant coût-efficaces et accessibles, mais qui garantissent également le bien-être des professionnels de la santé. La qualité de vie et les objectifs de soins personnels du patient en constituent l'élément central. Un soin particulier est mis à éviter l'acharnement thérapeutique dans le respect des volontés du patient.

Un groupe de travail « End of life », composé de médecins, d'infirmiers, d'organismes assureurs et d'organisations de patients, présentera un rapport avec des propositions concrètes et réalisables d'ici le 30 juin 2026.

1.4. Mieux organiser les soins non planifiés, c'est transformer l'urgence en efficacité : chaque patient bien orienté libère des ressources pour ceux qui en ont vraiment besoin

Actuellement, une part importante des consultations aux urgences et aux postes de garde de médecine générale concerne des cas qui pourraient être traités dans la première ligne régulière. Optimiser les postes de garde et le triage téléphonique (1733) réduira la surcharge des hôpitaux et des postes de garde et libérera du temps de soins pour les patients qui ont réellement besoin de soins urgents, diminuant ainsi également les coûts liés aux soins évitables tant en première qu'en deuxième ligne. Une organisation intégrée (première ligne et hôpitaux) évite les doublons et les soins inutiles. Cela permet de réallouer le personnel et l'équipement vers les besoins prioritaires.

Bien que le financement des postes de garde de médecine générale soit en cours d'évaluation, il sera maintenu en 2026 de la même manière que les années précédentes. Quelques adaptations ont été apportées ces dernières années : entre autres, le regroupement des rubriques des coûts opérationnels fixes en une seule rubrique, permettant des transferts budgétaires entre les différentes sous-rubriques. Les montants non affectés dans les budgets garde du week-end (3 millions d'EUR) et garde de semaine (5 millions d'EUR) sont retirés du budget dans le cadre des économies pour 2026. Ils seront à nouveau disponibles à partir de 2027. Entre-temps, les représentants des postes de garde de

huisartsenwachtposten, de VI, de beroepsorganisatie van de spoedartsen, de beleidscel, de FOD Volksgezondheid en het RIZIV samengewerkt om de KB's erkenning en financiering te herwerken en voor te bereiden op publicatie. De basis daarvoor zijn de teksten van de KB's van vorige voorbereidingen waarbij rekening wordt gehouden met de aanvullingen van de deelnemende partijen en met focus op enkele specifieke punten zoals een meer intensieve samenwerking met de spoeddiensten en de sensibilisering van de bevolking voor het juiste gebruik van niet-geplande zorg. De uitrol zal in verschillende fasen gebeuren tot 1 januari 2029 wat zowel de wachtposten als de overheid de tijd geeft een degelijke uitrol voor heel België uit te werken.

De problemen met 1733 zijn gekend. Alle pistes zullen bekeken worden om een verdere uitrol van een goed en performant 1733 systeem mogelijk te maken.

De vertegenwoordigers van de NCAZ en de huisartsenwachtposten staan in voor de uitrol van de nieuwe erkenning en de nieuwe financiering en vragen een volledig operationele dienstverlening van 1733 evenals de uitwerking van de medisch-legale verantwoordelijkheid bij telefonische triage (1733).

Daarnaast zal worden onderzocht of de invoering van een aanvankelijk niet-bindende telefonische triage vanuit de huisartsenwachtpost een budgetneutrale aanvulling kan bieden voor de organisatie van niet-planbare zorg in de eerste lijn.

Bij onvoldoende uitrol van het triagesysteem 1733 naar alle huisartsenwachtposten kan eventueel na 2026 overwogen worden dat de wachtposten zelf instaan voor de uitwerking van een bindende triage dat door een aangepast financieringsmodel wordt ondersteund op basis van de protocollen zoals die reeds gevalideerd zijn.

1.5. Hervorming van de nomenclatuur

In het regeerakkoord is voorzien dat de hervorming van de nomenclatuur moet zorgen voor een billijke vergoeding voor artsen, bijdragen aan een grotere aantrekkelijkheid van knelpuntberoepen, en meer belang hechten aan de tijd voor luisteren, communicatie en coördinatie in de zorg. In die context zal de NCAZ in haar schoot een algemene reflectie houden over bepaalde uitgangspunten, o.a. over de noodzakelijkheid van en voorwaarden voor de opsplitsing van de honoraria in een professioneel deel en een kostendeel. Een regelmatige en systematische actualisering van de nomenclatuur - volgens een afgesproken timing - moet een gangbare praktijk worden in onze gezondheidszorg. Deze hervorming van de nomenclatuur speelt ook een belangrijke rol in de hervorming van de organisatie en de financiering van de ziekenhuizen. In de loop van 2026 zullen de partners van de NCAZ onder meer beslissen over de waardering van het professionele deel en het kostendeel van het honorarium, binnen het huidige budget, vertrekkend van het resultaat van het wetenschappelijk werk door de équipes KUL/ULB voor wat ATMC betreft, en de werkgroep ACA, en Möbius voor wat AMTAA betreft.

Volgende principes zullen hierbij gehandhaafd worden:

- op professionele honoraria zullen er géén afhoudingen mogelijk zijn;
- verstrekkingen zullen een gelijkwaardig honorarium krijgen binnen een gelijkwaardig speelveld (professioneel deel en kostendeel rechtstreeks verbonden aan het honorarium van de verstrekking) ongeacht de plaats van de verstrekking (extra- of intramuraal);
- op het kostendeel van het honorarium zal er geen honorariumsupplement meer mogen worden aangerekend.

Met betrekking tot de nieuwe verstrekkingen die worden voorgesteld in het kader van de hervorming maar waarvoor nu nog geen vergoeding is voorzien, bepaalt de NCAZ welke van die verstrekkingen binnen het huidige budget kunnen meegenomen worden, na evaluatie en voorstel door de TGR.

De werkgroep ACA buigt zich over de hervorming van de terugbetaling voor permanente, preventie, out of hours care en het GMD. Een aantal gewenste hervormingen zal via deze weg worden gerealiseerd in functie van het beschikbare budget.

Binnen deze grootschalige hervorming wordt ook werk gemaakt om voor de verschillende verstrekkingen een onderscheid te maken tussen een professioneel gedeelte en een kostengedeelte van de honoraria. In dit kader dient ook de hervorming van artikel 35, § 4, van de GVV-wet te worden bekeken. Dit artikel luidt als volgt: "Behoudens een andersluidende bepaling in of krachtens deze wet dekken de honoraria alle kosten die rechtstreeks of onrechtstreeks verbonden zijn aan de uitvoering van de in artikel 34 bedoelde verstrekkingen."

1.6. Administratie vereenvoudigen betekent tijd teruggeven aan zorg: minder papierwerk, meer nabijheid bij de patiënt.

Onder leiding van de administraties wordt een initiatief gestart om het thema 'administratieve vereenvoudiging' een nieuwe impuls te geven. Het RIZIV nodigt de zorgverleners uit om voorstellen aan te leveren waarbij ook de andere partners van het medisch-sociaal overleg kunnen betrokken worden. Voor de artsen bouwt dit initiatief verder op

médecine générale, les OA, l'organisation professionnelle des urgentistes, la cellule stratégique, le SPF Santé publique et l'INAMI collaboreront pour retravailler les AR agrément et financement et les préparer en vue d'une publication. Ils se basent pour cela sur les textes des AR des précédents travaux préparatoires, en tenant compte des ajouts des participants, et en se concentrant sur quelques points spécifiques tels qu'une intensification de la collaboration avec les services d'urgence et la sensibilisation de la population à l'utilisation adéquate des soins non planifiés. Le déploiement se fera en différentes phases jusqu'au 1^{er} janvier 2029, ce qui donne tant aux postes de garde qu'à l'autorité du temps pour préparer ce déploiement pour toute la Belgique.

Les problèmes liés au 1733 sont connus. Toutes les pistes seront examinées afin de permettre le déploiement ultérieur d'un système 1733 efficace et performant.

Les représentants de la CNMM et des postes de garde de médecine générale sont responsables du déploiement du nouvel agrément et du nouveau financement et demandent une opérationnalisation complète du service 1733, ainsi que la définition de la responsabilité médico-légale liée au triage téléphonique (1733).

En outre, on examinera si l'instauration d'un triage téléphonique préalable non contraignant à partir du poste de garde de médecine générale peut constituer un complément budgétairement neutre à l'organisation des soins non programmables dans la première ligne.

En cas de déploiement insuffisant du système de triage 1733 à tous les postes de garde de médecine générale, on pourra éventuellement envisager après 2026 que les postes de garde assurent eux-mêmes la mise en œuvre d'un triage contraignant, soutenu par un modèle de financement adapté sur la base des protocoles tels qu'ils ont déjà été validés.

1.5. Réforme de la nomenclature

L'accord de gouvernement prévoit que la réforme de la nomenclature doit assurer une rémunération équitable aux médecins, veiller à une plus grande attractivité des professions en pénurie, et accorder une importance accrue au temps d'écoute, de communication et de coordination dans les soins. Dans ce contexte, la CNMM mènera une réflexion générale en son sein sur certains principes, notamment sur la nécessité et les conditions de la scission des honoraires en une partie professionnelle et une partie liée aux coûts. Une actualisation régulière et systématique - selon un timing convenu - de la nomenclature doit devenir une pratique courante dans nos soins de santé. Cette réforme de la nomenclature remplit également un rôle important dans la réforme de l'organisation et du financement des hôpitaux. Au cours de l'année 2026, les partenaires de la CNMM se prononceront, entre autres, sur la valorisation de la partie professionnelle et de la partie des coûts des honoraires, dans le cadre budgétaire actuel, en partant des résultats des travaux scientifiques réalisés par les équipes KUL/ULB pour ce qui concerne les ATMC, et par le groupe de travail ACA et Möbius pour ce qui concerne l'AMTAA.

Les principes suivants seront appliqués :

- aucun prélèvement ne pourra être effectué sur les honoraires professionnels ;
- pour les prestations, des honoraires équivalents seront fixés dans un cadre équitable (part professionnelle et part liée aux coûts, directement associée aux honoraires de la prestation), indépendamment du lieu où la prestation est réalisée (extra- ou intramuros) ;
- aucun supplément d'honoraires ne pourra plus être perçu sur la partie des honoraires liée aux coûts.

Concernant les nouvelles prestations proposées dans le cadre de la réforme mais pour lesquelles aucune rémunération n'est encore actuellement prévue, la CNMM détermine lesquelles peuvent être intégrées dans le budget actuel, après évaluation et proposition par le CTM.

Le groupe de travail ACA se penche sur la réforme du remboursement pour la permanence, la prévention, les soins en dehors des heures et le DMG. Un certain nombre de réformes souhaitées seront réalisées par ce biais, en fonction du budget disponible.

Dans le cadre de cette vaste réforme, des travaux sont également menés afin d'établir, pour les différentes prestations, une distinction entre une partie professionnelle et une partie liée aux coûts des honoraires. Dans ce contexte, la réforme de l'article 35, § 4, de la loi SSI doit également être examinée. Cet article est libellé comme suit : « Sauf disposition contraire dans ou en vertu de la présente loi, les honoraires couvrent tous les frais directement ou indirectement liés à l'exécution des prestations visées à l'article 34. ».

1.6. Simplifier l'administration, c'est rendre du temps au soin : moins de paperasse, plus de présence auprès du patient.

Une initiative est lancée sous la direction des administrations afin de donner un nouvel élan au thème de la « simplification administrative ». L'INAMI invite les prestataires de soins à soumettre des propositions, en impliquant également les autres partenaires de la concertation médicosociale. Pour les médecins, cette initiative s'inscrit dans la

de werkzaamheden in de WG Administratieve vereenvoudiging waarbinnen de aandacht in de eerste plaats gaat naar de volgende domeinen:

1° Hoofdstuk IV-geneesmiddelen: het betreft een langetermijnproject waarbij ongeveer 1200 paragrafen worden herbekeken en waar mogelijk afgeschaft of hervormd op basis van een template van vereenvoudigde regelgeving. Deze vereenvoudigingen worden besproken met pharma.be en volgen de procedure CTG. Daarnaast wordt in een tweede fase gewerkt aan een beslisboom die beoogt om de samenhang van de teksten verder te vergroten en om op termijn een koppeling met Snomed mogelijk te maken. Dit zal leiden tot een betere digitalisering van deze teksten, van de terugbetalingsaanvragen en van de controles die ermee verbonden zijn.

2° Attest arbeidsongeschiktheid: voor ambtenaren en andere organisaties die aangesloten zijn bij Medex, wordt gebruik gemaakt van het elektronisch attest mult-eMediatt om de arbeidsongeschiktheid door te geven aan de ziekenfondsen en aan Medex. Vanaf 1 januari 2026 is het gebruik ervan zelfs verplicht voor arbeidsongeschiktheidsattesten van meer dan 14 dagen en verlengingen die aan de ziekenfondsen worden verstuurd. Door de digitalisering worden procedures gestroomlijnd en efficiëntiewinsten geboekt. Er kan nog veel winst gerealiseerd worden als verder wordt ingezet op de harmonisering van de verschillende soorten attesten arbeidsongeschiktheid en ook de werkgevers hierbij zouden kunnen betrokken worden. Hierbij wordt ook voorgenomen om de technische problemen die er momenteel zijn met het gebruik van Mult-eMediatt te verhelpen, zodanig dat Mult-eMediatt op een efficiënte en doeltreffende manier gebruikt kan worden. Bij technische problemen mag het papieren attest worden gebruikt.

De NCAZ moet betrokken worden bij alle toekomstige ontwikkelingen met betrekking tot Hoofdstuk IV-geneesmiddelen en Mult-eMediatt, aangezien deze aspecten rechtstreeks van invloed zijn op de activiteiten van zorgverleners.

3° Om te voorkomen dat nieuwe documenten, formulieren of procedures leiden tot onnodige of buitenproportionele administratieve lasten, gelden de volgende principes bij de invoering van een nieuw of aangepast document:

- noodzakelijkheid: documenten die geen substantiële meerwaarde leveren voor patiëntenzorg, budgetbeheersing of beleid, worden niet ingevoerd.
- efficiëntie en digitalisering: administratieve lasten worden tot een minimum beperkt, met maximaal gebruik van digitale systemen en bestaande standaarden;
- stakeholderbetrokkenheid: betrokkenen (artsen, ziekenfondsen, patiënten) worden geraadpleegd om de praktische uitvoerbaarheid in te schatten;
- “Only once”-principe wordt veralgemeend toegepast;
- administratieve vereenvoudiging is meer dan het louter digitaal maken van papieren documenten.

Daarnaast wordt nadrukkelijk gestreefd naar het verminderen van administratieve lasten door het afschaffen of vereenvoudigen van documenten, formulieren en procedures die geen substantiële aantoonbare meerwaarde leveren.

Bij een elektronisch voorschrift wordt de inlichting gegeven of een onderzoek al eerder werd uitgevoerd en is die informatie op het scherm te zien.

Ten einde de juistheid van de elektronische facturatie te bevorderen moet het mogelijk zijn tijdens een raadpleging een aantal relevante ziekenfondsgegevens te verkrijgen om een juiste facturatie mogelijk te maken vooraleer de patiënt de spreekkamer verlaat (bv. wanneer de laatste terugbetaalde radiografie was indien de terugbetaling intervalafhankelijk is).

In het kader van gezondheidszorgdoelstelling 1 (verzameling en uitwisseling van data) zal een technische werkgroep de behoeften, de timing en de prioriteiten bepalen, waarna de mutualiteiten en eHealth ervoor zullen zorgen om binnen de voorgestelde timing een voorstel van “roadmap” met de nodige protocollen en databases aan te bieden zodat, voor wat de bestaande verstrekkende klinische biologie en pathologische anatomie betreft, de voorschrijvers, zorgverleners en laboratoria system-2-system kunnen opvragen, op basis van de beschikbare (facturatie)gegevens van de mutualiteiten, of voor een bepaalde patiënt een bepaald nomenclatuurnummer op een bepaalde datum terugbetaalbaar is of niet, samen met opgeven van de reden. Data van relevante historische terugbetaling of terugbetalingscriteria van de patiënt zullen meegedeeld worden. Er zal voor gezorgd worden dat de benodigde historische gegevens bij de opstart reeds in het systeem zitten zodat vanaf het begin de opvragingen reeds bruikbaar zijn (vooral in het kader van screening baarmoederhalskanker).

De mutualiteiten verbinden zich ertoe om deze database binnen een nog te bepalen termijn na ontvangst van de facturatiebestanden aan te vullen met de nodige gegevens, tot real-time aanpassing mogelijk wordt. Toekomstige creaties en aanpassingen aan terugbetalingsvoorwaarden moeten actief zijn vanaf de datum van inwerkingtreding. De noodzaak zal in de werkdocumenten vermeld worden.

continuité des travaux menés au sein du GT Simplification administrative, qui se concentre principalement sur les domaines suivants :

1° Médicaments du chapitre IV : il s’agit d’un projet à long terme visant à réexaminer environ 1.200 paragraphes et, lorsque cela est possible, à les supprimer ou à les réformer sur la base d’un modèle de réglementation simplifiée. Ces simplifications sont discutées avec pharma.be et suivent la procédure CRM. Par ailleurs, une deuxième phase prévoit la mise en place d’un arbre décisionnel afin d’accroître la cohérence des textes et de permettre, à terme, un lien avec Snomed. Cela conduira à une meilleure digitalisation de ces textes, des demandes de remboursement et des contrôles qui y sont associés.

2° Attestation d’incapacité de travail : pour les fonctionnaires et autres organisations affiliées à Medex, l’attestation électronique mult-eMediatt est utilisée pour transmettre l’incapacité de travail aux mutualités et à Medex. À partir du 1^{er} janvier 2026, son utilisation sera obligatoire pour les attestations d’incapacité de travail de plus de 14 jours ainsi que pour les prolongations envoyées aux mutualités. La digitalisation permet de rationaliser les procédures et de réaliser des gains d’efficacité. Des améliorations supplémentaires sont possibles si l’harmonisation des différents types d’attestations d’incapacité de travail se poursuit et si les employeurs peuvent également être impliqués. Il est également prévu de résoudre les problèmes techniques actuellement liés à l’utilisation de Mult-eMediatt, afin que cet outil puisse être utilisé de manière efficace et performante. En cas de problème technique, l’attestation papier peut continuer à être utilisée.

La CNMM doit être impliquée dans toutes les évolutions futures concernant les médicaments du chapitre IV et Mult-eMediatt étant donné que ces aspects ont un impact direct sur l’activité des dispensateurs de soins.

3° Afin d’éviter que de nouveaux documents, formulaires ou procédures n’entraînent des charges administratives inutiles ou disproportionnées, les principes suivants s’appliquent lors de l’introduction d’un document nouveau ou modifié :

- nécessité : les documents qui n’apportent pas de valeur ajoutée substantielle aux soins aux patients, à la gestion budgétaire ou à la politique ne sont pas introduits ;
- efficacité et numérisation : les charges administratives sont le plus possible réduites, en utilisant au maximum les systèmes numériques et les normes existantes ;
- implication des parties prenantes : les parties concernées (médecins, mutualités, patients) sont consultées afin d’évaluer la faisabilité pratique ;
- le principe « Only once » est appliqué de manière généralisée ;
- la simplification administrative ne se limite pas à la simple numérisation des documents papier.

En outre, l’objectif est clairement de réduire les charges administratives en supprimant ou en simplifiant les documents, formulaires et procédures qui n’apportent pas de valeur ajoutée substantielle démontrable.

En cas de prescription électronique, recevoir des informations sur la réalisation éventuelle d’un examen antérieur et voir ces informations à l’écran devra être possible.

Afin de favoriser l’exactitude de la facturation électronique, il devrait être possible d’obtenir un certain nombre de données pertinentes des mutualités au cours d’une consultation afin de permettre une facturation précise avant que le patient ne quitte le cabinet (par exemple, la date de la dernière radiographie remboursée si le remboursement dépend de l’intervalle).

Dans le cadre de l’objectif de santé 1 (collecte et échange de données), un groupe de travail technique définira les besoins, le calendrier et les priorités, après quoi les mutualités et eHealth veilleront à présenter dans le délai proposé, une proposition de « roadmap » avec les protocoles et bases de données nécessaires, afin qu’en ce qui concerne les prestations existantes de biologie clinique et d’anatomopathologie, les prescripteurs, les dispensateurs de soins et les laboratoires puissent consulter system-2-system, sur la base des données (de facturation) disponibles des mutualités, si un numéro de nomenclature donné est remboursable ou non pour un patient donné à une date donnée, en précisant la raison. Les données relatives aux remboursements historiques pertinents ou aux critères de remboursement du patient seront communiquées. Il sera veillé à ce que les données historiques nécessaires soient déjà présentes dans le système au moment du démarrage, afin que les requêtes soient utilisables dès le début (notamment dans le cadre du dépistage du cancer du col de l’utérus).

Les mutualités s’engagent à compléter cette base de données avec les données nécessaires dans un délai encore à déterminer suivant la réception des fichiers de facturation, jusqu’à ce qu’un ajustement en temps réel devienne possible. Les créations et modifications futures des conditions de remboursement doivent être actives à compter de la date d’entrée en vigueur. La nécessité sera mentionnée dans les documents de travail.

Het systeem moet dusdanig opgebouwd worden dat het later uitgebreid kan worden voor andere disciplines en opvraging person-2-system (voor patiënt en zorgverlener).

1.7. Vertrouwen en gelijkheid

Er kan geen sterk overlegmodel bestaan als de partners niet met elkaar in gesprek gaan als gelijken (het principe van een "level playing field"). De versterking van dit principe vereist onder meer twee acties. Enerzijds moet worden gewaakt over een brede toegang tot informatie, en anderzijds moet de financiering van de organisaties die de zorgverleners vertegenwoordigen, worden versterkt.

Het vertrouwen kan hersteld worden wanneer de VI's en de artsen gelijke toegang hebben tot de verzamelde gezondheidszorggegevens, met dien verstande dat de toegang van de artsen enkel kan voor geanonimiseerde gegevens, daar waar de VI's gewoonlijk beschikken over volledige gegevens.

Inzake het toekomstig registratiebeleid dient een gelijk level playing field te bestaan tussen de verzekeringsinstellingen en de medische organisaties (wetenschappelijk, beroeps) met gelijke toegang tot secundaire data.

Voor het eerste luik werkt het RIZIV een project uit ("Connecto") dat er op termijn voor zal zorgen dat alle nota's en de notulen van de vergaderingen van de organen beschikbaar worden gesteld aan het brede publiek. Een tweede belangrijk luik betreft de toegang tot de terugbetalingsdata van de ziekteverzekering. Het

RIZIV moet ervoor zorgen dat deze gegevens gemakkelijker toegankelijk worden voor de partners binnen het overleg.

Voor het tweede luik werden reeds initiatieven genomen in het kader van de bestuursovereenkomst. Artikel 28.A omvat namelijk de herziening van de financiering van de vertegenwoordigers van de zorgverleners. In het bijzonder verbindt het RIZIV zich ertoe in deze herziening onder meer de volgende elementen te implementeren:

- vereenvoudiging van het financieringssysteem: het huidige — eerder verouderde — systeem van voorschotten, eindafrekeningen en bewijsstukken wordt hervormd naar een transparantere, missege-dreven financiering;
- stimulering van een brede overlegstructuur rond transversale thema's: om de samenwerking tussen zorgverleners over bijvoorbeeld digitalisering te versterken, werd de huidige projectfinanciering van de vzw Recip-e herzien. Deze zal worden omgezet in een structurele financiering, met als doel om transversale wijze feedback en noden van zorgverleners inzake digitalisering te verzamelen. Recip-e wordt zo een algemeen aanspreekpunt en essentiële schakel in het digitaliseringstraject dat zorgt voor de correcte promotie van digitale implementatie.

1.8 Terug-naar-werk

Re-integratie: in het licht van de toenemende nadruk op re-integratie en de groeiende tijdsinvestering die behandelende artsen hiervoor moeten leveren bij (langdurig) arbeidsongeschikte patiënten, stelt de NCAZ voor dat indien er in de toekomst middelen zouden vrijkomen, deze worden ingezet voor een vergoeding voor de behandelende arts voor deelname aan een TRIO-overleg of gebruik van het TRIO-platform met het doorgeven van de nodige elementen in het kader van het arbeidspotentieel en de mogelijkheid tot re-integratie.

2. Financieel kader

2.1. Partiële begrotingsdoelstelling

De globale financiële massa waarop dit akkoord voor het jaar 2026 betrekking heeft, bedraagt 12.753.005 duizend EUR, opgesplitst als volgt:

- de partiële begrotingsdoelstelling voor de honoraria van de artsen bedraagt 12.079.305 duizend EUR voor het jaar 2026. Ten opzichte van de partiële begrotingsdoelstelling die voor het jaar 2025 werd vastgesteld, betekent dit een groei van 3,74 %;
- de honoraria voor dialyse in het ziekenhuis, in een centrum of thuis bedragen 196.818 duizend EUR. Ten opzichte van 2025 betekent dit een groei van 2,19 %;
- de honoraria die betrekking hebben op de verstrekkingen van de artsen verleend in het kader van de laagvariabele zorg bedragen 476.882 duizend EUR voor het jaar 2026. Ten opzichte van 2025 betekent dit een groei van 9,65 %.

2.2. Indexering van de honoraria

De indexmassa van de honoraria voor het jaar 2026 bedraagt 354.536 duizend EUR, dat is een stijging ten opzichte van 2025 met 2,72 %.

In de in punt 2.1. voorziene middelen is voor 2026 een indexmassa voorzien van:

- 336.580 duizend EUR in de partiële begrotingsdoelstelling artsen;
- 5.328 duizend EUR met betrekking tot de honoraria voor dialyse;
- 12.628 duizend EUR met betrekking tot de honoraria laagvariabele zorg voor de verstrekkingen van de artsen.

Le système doit être conçu de manière à pouvoir être étendu ultérieurement à d'autres disciplines et à la consultation du système utilisateur-2-system (pour le patient et le dispensateur de soins).

1.7. Confiance et égalité

Il n'y a pas de modèle de concertation fort si les partenaires ne discutent pas d'égal à égal (principe du « level playing field »). Le renforcement de ce principe passe notamment à travers deux actions. D'une part, veiller à garantir un accès large à l'information et, d'autre part, veiller à un renforcement du financement des organisations représentatives des professionnels de la santé.

La confiance peut être rétablie si les OA et les médecins ont un accès égal aux données de santé collectées, étant entendu que les médecins ne peuvent accéder qu'à des données anonymisées, alors que les OA disposent généralement de données complètes.

En ce qui concerne la future politique des registres, il convient d'instaurer des conditions équitables entre les organismes assureurs et les organisations médicales (scientifiques, professionnelles) en leur accordant un accès égal aux données secondaires.

Pour le premier volet, l'INAMI met en place un projet (« Connecto ») qui, à terme, permettra de mettre à la disposition du grand public l'ensemble des notes des organes ainsi que les procès-verbaux des réunions. Un second volet important concerne l'accès aux données de remboursement de l'assurance-maladie. L'INAMI

doit veiller à ce que ces données puissent être plus facilement accessibles pour les partenaires de la concertation.

Pour le second volet, des initiatives ont déjà été prises dans le cadre du contrat d'administration. En effet, l'article 28.A comprend la révision du financement des représentants des dispensateurs de soins. Plus particulièrement, l'INAMI s'engage à mettre en œuvre notamment les éléments suivants dans le cadre de cette révision :

- simplification du système de financement : le système actuel - plutôt archaïque - d'avances, de décomptes finaux et de pièces justificatives est réformé dans le sens d'un financement plus transparent et orienté mission ;
- promotion d'une large concertation sur des thèmes transversaux : pour renforcer la concertation entre dispensateurs de soins sur la numérisation par exemple, le financement de projet actuel de l'asbl Recip-e a été revu. Celui-ci sera converti en un financement structurel, dans le but de prendre connaissance de manière transversale du feedback et des besoins des dispensateurs de soins en matière de numérisation des soins de santé. Recip-e deviendra ainsi un point de contact général et un maillon essentiel dans le processus de numérisation, garantissant la promotion correcte de la mise en œuvre digitale.

1.8 Retour au travail

Réintégration : compte tenu de l'accent croissant mis sur la réintégration et du temps de plus en plus important que les médecins traitants doivent consacrer pour les patients en incapacité de travail (de longue durée), la CNMM propose que, si des moyens venaient à se libérer à l'avenir, ceux-ci soient utilisés pour une indemnisation pour le médecin traitant de la participation à une concertation TRIO en transmettant les éléments nécessaires dans le cadre du potentiel de travail et de la possibilité de réintégration.

2. Cadre financier

2.1. Objectif budgétaire partiel

La masse financière globale sur laquelle porte le présent accord pour l'année 2026 s'élève à 12.753.005 milliers d'EUR, ventilés comme suit :

- l'objectif budgétaire partiel pour les honoraires des médecins est de 12.079.305 milliers d'EUR pour l'année 2026. Par rapport à l'objectif budgétaire partiel qui a été fixé pour l'année 2025, cela correspond à une croissance de 3,74 % ;
- les honoraires pour la dialyse à l'hôpital, dans un centre ou à domicile s'élèvent à 196.818 milliers d'EUR. Cela représente une croissance de 2,19 % par rapport à 2025 ;
- les honoraires pour les prestations dispensées par les médecins dans le cadre des soins à basse variabilité s'élèvent à 476.882 milliers d'EUR pour l'année 2026. Cela représente une croissance de 9,65 % par rapport à 2025.

2.2. Indexation des honoraires

La masse d'indexation des honoraires pour l'année 2026 s'élève à 354.536 milliers d'EUR, soit une augmentation de 2,72 % par rapport à 2025.

Une masse d'indexation est prévue pour 2026 dans les moyens visés au point 2.1. :

- à concurrence de 336.580 milliers d'euros dans l'objectif budgétaire partiel médecins ;
- à concurrence de 5.328 milliers d'euros pour les honoraires de dialyse ;
- à concurrence de 12.628 milliers d'euros pour les honoraires des soins à basse variabilité pour les prestations des médecins.

2.3 Budgettaire beheersingsmaatregelen

De Ministerraad belastte op 28 februari 2025 de Minister van Sociale Zaken met het uitwerken, in overleg met de actoren, van een pakket pro-actieve beheersingsmaatregelen ten belope van minimaal de gereserveerde bedragen 2025 en onderbestedingen 2025 met uitwerking vanaf 1 januari 2026. Een pakket beheersingsmaatregelen ten belope van 62,198 miljoen EUR, opgenomen in bijlage, wordt gerealiseerd.

2.4. Bijkomende inspanningen regeerakkoord

Om de geautoriseerde uitgaven voor 2026 te kunnen respecteren, is een besparing van 150 miljoen EUR noodzakelijk voor de artsen (zie nota ARGV 2025/055).

In bijlage vindt u de voorgestelde maatregelen die een besparing genereren van 146.794 duizend EUR. Dit houdt in dat er een marge is van 1,194 miljoen EUR ten opzichte van de beoogde 145,600 miljoen EUR.

Met betrekking tot de honoraria voor dialyse in het ziekenhuis, in een centrum of thuis wordt de volgende aanpassing voorgesteld om de besparing van 4,4 miljoen EUR te verwezenlijken:

Om de besparing van 6 EUR op het honorarium voor de hemodialyse in het ziekenhuis te kunnen realiseren wordt volgende werkwijze voorgesteld:

- de bedragen van de honoraria worden met 2,72% geïndexeerd;
- het bedrag van het honorarium voor de verstreking 470293-470304 wordt bijkomend verminderd met 6 EUR.

De besparingen die aan de sector werden opgelegd via de nota ARGV 2025/069 vereisten van de partners van de NCAZ talrijke overlegmomenten binnen een uiterst korte termijn. Alle maatregelen werden binnen de NCAZ goedgekeurd en moeten nu verder het regelgevend traject doorlopen buiten het RIZIV, waardoor in sommige gevallen de besparing niet vanaf 1 januari 2026 kan worden gerealiseerd. In dat geval kunnen noch de NCAZ, noch het budget van de medische honoraria verantwoordelijk worden gesteld (noch moreel, noch financieel) voor de administratieve traagheid.

De NCAZ heeft voorstellen opgemaakt voor het rationeel voorschrijven van geneesmiddelen, ten belope van een bedrag van 16 miljoen EUR.

De NCAZ zal het voorschrijfgedrag voor de hiernagende elementen onderzoeken en monitoren, in overleg met de NRKP:

- verderzetten van de correcte voorschriften inzake antibiotica zodat de dalende trend blijft aanhouden;
- verder stimuleren van het gebruik van biosimilars;
- volgens de geldende richtlijnen is er geen bewezen meerwaarde voor het gebruik van statines bij 80-plussers zonder comorbiditeiten of verhoogd cardiovasculair risico;
- het gebruik van statines in primaire preventie bij patiënten zonder cardiovasculaire risicofactoren dient beperkt te worden;
- terugbetaling van bepaalde geneesmiddelen (vb. statines) in palliatieve setting vermijden (cfr ook end-of-life project);
- verlagen of stoppen van off-label toepassing voor slapeloosheid met antipsychotica bij ouderen en als er bijwerkingen optreden op basis van richtlijnen.

Ondersteunende campagnes vanuit de wetenschappelijke artsen-groepen is daarbij een vereiste.

3. Bestemming van de middelen en nieuwe initiatieven

3.1. Overleg kinderpsychiater-huisarts

In uitvoering van het punt 3.2.2.2.1 van het Nationaal akkoord 2024-2025 werd een nomenclatuurvoorstel uitgewerkt voor een vergoeding van het overleg tussen de kinder- en jeugdpsychiater en de huisarts, betreffende de ambulante behandeling van een patiënt jonger dan 18 jaar. Momenteel is echter enkel een vergoeding voorzien voor de kinder- en jeugdpsychiater. In de loop van dit akkoord zal ook in een analoge vergoeding voor de huisarts worden voorzien. Voor deze uitbreiding wordt een budget voorzien van 761.000 EUR.

Er wordt daarnaast nagedacht over een breder kader, waardoor niet voor elk overleg tussen de eerste lijn en de tweede lijn, steeds een aparte vergoeding voor dient uitgewerkt te worden.

3.2. Somatische zorg K-dienst

In 2023 en 2025 werden in navolging van het KCE-rapport 338 enkele maatregelen uitgewerkt voor het optimaliseren van de somatische zorg van psychiatrische patiënten die in een psychiatrisch ziekenhuis (PZ) of een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis (PAAZ) verblijven. Hierbij werd door het KCE aanbevolen dat van iedere patiënt die wordt opgenomen in een psychiatrische inrichting een systematische medische controle bij opname zou gebeuren en dat een behandel- en nazorgplan wordt opgesteld dat zowel de psychiatrische als de somatische zorg omvat. De doelgroep van deze maatregelen werd beperkt tot de voltijdse opnames in een dienst A, T of Sp-psychogeriatric van een PZ of een PAAZ.

In dit akkoord wordt voorzien dat ook de somatische zorg voor kinderen en jongeren in een K-dienst van een PZ structureel wordt uitgebouwd. In deze setting zal de systematische medische controle bij

2.3. Mesures de maîtrise budgétaire

Le Conseil des ministres a chargé le 28 février 2025 le Ministre des Affaires sociales d'élaborer, en concertation avec les acteurs, un ensemble de mesures de maîtrise budgétaire proactives, à hauteur au minimum des montants réservés pour 2025 et des sous-utilisations 2025, avec mise en œuvre à partir du 1^{er} janvier 2026. Un ensemble de mesures de maîtrise d'un montant de 62,198 millions d'euros, repris en annexe, sera réalisé.

2.4 Effort supplémentaire demandé par l'accord de gouvernement

Afin de pouvoir respecter les dépenses autorisées pour 2026, une économie de 150 millions d'euros est nécessaire pour les médecins (voir note CGSS 2025/055).

En annexe sont jointes les mesures proposées permettant de générer une économie de 146.794 milliers d'euros. Cela implique une marge de 1,194 million d'euros par rapport aux 145,600 millions d'euros visés.

En ce qui concerne les honoraires pour la dialyse à l'hôpital, dans un centre ou à domicile, l'adaptation suivante est proposée afin de réaliser l'économie de 4,4 millions d'euros :

Afin de réaliser l'économie de 6 euros sur les honoraires pour l'hémodialyse en hôpital, la méthode suivante est proposée :

- les montants des honoraires sont indexés de 2,72 %;
- le montant des honoraires pour la prestation 470293-470304 est diminué d'un montant supplémentaire de 6 euros.

Les économies imposées au secteur à travers la note CGSS 2025/069 ont exigé de la part des partenaires de la CNMM de nombreuses concertations dans un délai extrêmement court. L'ensemble des mesures ont été approuvées par la CNMM et doivent désormais poursuivre leur parcours réglementaire en dehors de l'INAMI, de sorte que, dans certains cas, l'économie ne pourra pas être réalisée à partir du 1^{er} janvier 2026. Dans ce cas, ni la CNMM, ni le budget des honoraires médicaux ne pourraient être tenus responsables (ni moralement, ni financièrement) de la lenteur administrative.

La CNMM a élaboré des propositions pour la prescription rationnelle des médicaments, pour un montant de 16 millions d'euros.

La CNMM examinera et suivra le comportement de prescription en concertation avec la CNPQ pour les éléments suivants :

- poursuivre les prescriptions correctes en matière d'antibiotiques afin que la tendance à la baisse se maintienne ;
- continuer à encourager l'utilisation des biosimilaires ;
- selon les directives en vigueur, il n'existe aucune valeur ajoutée démontrée pour l'utilisation des statines chez les personnes de plus de 80 ans sans comorbidités ni risque cardiovasculaire élevé ;
- limiter l'utilisation des statines en prévention primaire chez les patients sans facteurs de risque cardiovasculaire ;
- éviter le remboursement de certains médicaments (par ex. statines) dans le contexte palliatif (cf. également projet end-of-life) ;
- réduire ou arrêter l'utilisation hors indication des antipsychotiques pour l'insomnie chez les personnes âgées et en cas d'effets indésirables, conformément aux directives

Des campagnes de soutien menées par les groupes scientifiques de médecins sont à cet égard indispensables.

3. Affectation des moyens et nouvelles initiatives

3.1 Concertation entre le pédopsychiatre et le médecin généraliste

En exécution du point 3.2.2.2.1 de l'Accord national 2024-2025, une proposition de nomenclature a été élaborée en ce qui concerne le remboursement de la concertation entre le pédopsychiatre et le médecin généraliste au sujet du traitement ambulatoire d'un patient âgé de moins de 18 ans. Actuellement, un remboursement est seulement prévu pour le pédopsychiatre. Dans le courant du présent accord, un remboursement analogue sera également prévu pour le médecin généraliste. Un budget de 761.000 euros est prévu pour cette extension.

On pense également à un cadre plus étendu permettant de ne pas devoir chaque fois prévoir un remboursement distinct pour la concertation entre la première et la deuxième ligne.

3.2. Soins somatiques service K

En 2023 et 2025, suite au rapport KCE 338, quelques mesures ont été mises en œuvre pour optimiser les soins somatiques de patients psychiatriques séjournant dans un hôpital psychiatrique (HP) ou dans une section psychiatrique d'un hôpital général (SPHG). Le KCE recommande à cet égard que chaque patient admis dans un établissement psychiatrique fasse l'objet d'un examen médical systématique lors de son admission et qu'un plan de traitement et de suivi soit établi, comprenant tant les soins psychiatriques que les soins somatiques. Le groupe cible de ces mesures a été limité aux admissions à temps plein dans un service A, T ou psychogériatrie-Sp d'un HP ou d'un SPMG.

Le présent accord prévoit que les soins somatiques pour les enfants et adolescents dans un service K d'un HP soient également développés de manière structurelle. Dans cette configuration, le contrôle médical

opname en de verdere opvolging worden uitgevoerd door de huisarts. Daartoe zullen specifieke raadplegingen of bezoeken door de huisarts worden uitgewerkt met strikte toepassingsregels. Voor deze uitbreiding wordt een budget voorzien van 590.000 EUR.

3.3. Niet fysieke medische contacten

In het kader van de ondersteuning en waardering van huisartsenpraktijken voor taken die zij opnemen om een toegankelijke eerstelijnszorg te organiseren en continuïteit van zorg te kunnen waarborgen, engageert de NCAZ zich om hiervoor een budget van 42,5 miljoen EUR te reserveren tegen 2027. Met deze maatregel erkent de NCAZ expliciet, binnen de beschikbare budgettaire ruimte en in overeenstemming met de prioritaire gezondheidszorgdoelstellingen, de inspanningen die huisartsenpraktijken momenteel opnemen om de continuïteit en kwaliteit van de zorg voor hun patiënten te vrijwaren.

Een eerste budget van 21,072 miljoen EUR wordt in 2026 pro rata het aantal GMD's toegekend via de praktijkpremie 2025 van de huisartsenpraktijk.

Tegen 30 juni 2026 zal de NCAZ een voorstel voorleggen dat een oplossing geeft voor de erkenning van het werk van de huisarts buiten de fysieke contactmomenten (bv. telefonische contacten, adviezen, ...) ter vervanging van de telefonische raadplegingen binnen een systeem dat minder fraudegevoelig is en dat beter afgestemd is op budgetbewaking en transparantie.

Daarnaast engageert de NCAZ zich om binnen de vrijgemaakte middelen 7 miljoen EUR te reserveren voor adviezen op afstand voor de artsen-specialisten. De concrete modaliteiten, toepassingsvoorwaarden en financieringsmechanismen van deze maatregel worden uitgewerkt binnen een daartoe op te richten werkgroep.

Op basis van de uiteindelijke keuze verbindt de NCAZ zich ertoe om binnen het ACA-luik een volwaardig en uitgewerkt onderdeel rond telegeneeskunde op te nemen.

3.4. Pulmonale revalidatie

De NCAZ handhaaft haar steun voor het transversale project met betrekking tot de pulmonale revalidatie. Naar aanleiding van de recente besparingsmaatregelen, werd echter het budget dat andere zorgverleners moest toelaten tussen te komen in het traject geschrapt.

De NCAZ verbindt zich ertoe om het noodzakelijke bedrag voor de geneeskundige verstrekkingen vrij te maken vanaf 1 januari 2027.

Indien de werkgroep die dit zorgtraject moet opzetten, een consensus bereikt over de door het RIZIV voorgestelde modaliteiten, verbindt het RIZIV zich ertoe om een nieuw budget aan te vragen voor de andere zorgverleners in het budget 2027 zodat het traject voor pulmonale revalidatie kan worden opgestart.

3.5. Permanentiehonoraaria pediatrie intramuraal

Teneinde de dalende trend in de pediatrie een halt toe te roepen en de attractiviteit van het specialisme te promoten wordt een initiatief uitgewerkt inzake de tijdelijke verhoging van het permanentiehonorarium voor de ziekenhuisartsen ter compensatie van het dalende aantal opnames en toezichtshonorarium op pediatrie en neonatologie, tot er een definitieve oplossing wordt gevonden door de hervorming van de nomenclatuur.

3.6. Majeure traumacentra

Conform aan het punt 3.3.2.3.3 van het akkoord 2024-2025 engageert de NCAZ zich om bij de vaststelling van de gezondheidszorgbegroting 2027 een permanentievergoeding te voorzien voor die medische disciplines waarvoor er nog geen bestaat.

4. De gerechtvaardigde budget-overschrijdingen

In de Belgische regelgeving bestaat er geen eenduidige en eenvoudige definitie. Men kan redelijkerwijze stellen dat een budgetoverschrijding als "gerechtvaardigd" wordt beschouwd wanneer zij het gevolg is van onvoorziene externe gebeurtenissen die zich buiten de wil van de zorgverleners situeren.

Gerechtvaardigde overschrijdingen van een partiële begrotingsdoelstelling zijn overschrijdingen die ontstaan door externe factoren waar de sector geen controle over heeft of gewenst beleid binnen een sector dat een onvoorziene uitgavendynamiek genereert.

5. Transparantiecodels

Sinds 1 oktober 2024 zijn de transparantiecodels, zoals vastgesteld in de bijlage bij de Verordening van 7 augustus 2024 tot uitvoering van de Wet op de transparantie, beschikbaar voor gebruik door artsen bij de elektronische facturatie van ambulante geneeskundige verstrekkingen. Deze codes maken het mogelijk om aangerekende supplementen en niet-vergoedbare verstrekkingen correct over te dragen aan de ziekenfondsen (VI).

Het doel van deze transparantiecodels is om de aard van de aan de patiënt gefactureerde bedragen in kaart te brengen door de VI. Dankzij deze transparantie krijgen zij ook o.a. inzicht in de door de arts aangegeven beweegredenen voor het aanrekenen van supplementen in de raadplegingsruimte of in een specifieke behandelruimte binnen de polikliniek.

systématique lors de l'admission et du suivi sera réalisé par le médecin généraliste. À cet effet, des consultations ou visites spécifiques par le médecin généraliste seront élaborées avec des règles d'application strictes. Un budget de 590.000 euros est prévu pour cette extension.

3.3. Contacts médicaux non physiques

Dans le cadre du soutien et de la valorisation des pratiques de médecine générale pour les tâches reprises afin d'organiser des soins de première ligne accessibles et pour pouvoir garantir la continuité des soins, la CNMM s'engage à réserver un budget de 42,5 millions d'euros pour 2027. Avec cette mesure, la CNMM reconnaît explicitement, dans le cadre budgétaire disponible et conformément aux objectifs en matière de soins de santé prioritaires, les efforts que consentent actuellement les pratiques de médecine générale pour garantir la continuité et la qualité des soins pour leurs patients.

Un premier budget de 21,072 millions d'euros est octroyé en 2026 au prorata du nombre de DMG via la prime de pratique 2025 de la pratique de médecine générale.

Pour le 30 juin 2026, la CNMM soumettra une proposition afin de trouver une solution pour la reconnaissance du travail du médecin généraliste en dehors des moments de contact physique (p. ex. contacts téléphoniques, avis, ...) en remplacement des consultations téléphoniques dans un système moins sujet à la fraude et mieux adapté au contrôle budgétaire et à la transparence.

En outre, la CNMM s'engage à réserver, dans le cadre des moyens disponibles, un montant de 7 millions d'euros pour les avis à distance pour les médecins spécialistes. Les modalités concrètes, les conditions d'application et les mécanismes de financement de cette mesure seront élaborés au sein d'un groupe de travail qui devra être créé à cet effet.

Sur la base de la décision finale, la CNMM s'engage à ce que le volet ACA comprenne une section complète et détaillée sur la télémedecine.

3.4. Revalidation pulmonaire

La CNMM maintient son soutien au projet transversal relatif à la revalidation pulmonaire. Toutefois, suite à la récente mesure d'économies, le budget qui devait permettre aux autres prestataires de soins d'intervenir dans le trajet a été supprimé.

La CNMM s'engage à libérer le montant nécessaire pour les prestations de santé à partir du 1^{er} janvier 2027.

Si le groupe de travail qui doit mettre en place ce trajet de soins obtient un consensus sur les modalités proposées par l'INAMI, l'INAMI s'engage à demander un nouveau budget pour les autres dispensateurs de soins dans le budget 2027 afin de pouvoir démarrer le trajet pour la revalidation pulmonaire.

3.5. Honoraires de permanence pédiatrie intra-muros

Afin de stopper la tendance à la baisse dans la pédiatrie et d'augmenter l'attractivité de cette spécialité, une initiative a été élaborée en ce qui concerne l'augmentation temporaire des honoraires de permanence des médecins hospitaliers afin de compenser la diminution du nombre d'admissions et des honoraires de surveillance en pédiatrie et en néonatalogie, jusqu'à ce qu'une solution définitive soit trouvée via la réforme de la nomenclature.

3.6. Centres de traumatologie majeure

Conformément au point 3.3.2.3.3 de l'accord 2024-2025, la CNMM s'engage à prévoir, lors de l'établissement du budget des soins de santé 2027, une indemnité de permanence pour les disciplines médicales qui n'en bénéficient pas encore.

4. Les dépassements budgétaires justifiés

Dans la réglementation belge, il n'existe pas une définition unique et simplifiée. On peut raisonnablement établir qu'un dépassement budgétaire est considéré comme « justifié » lorsqu'il résulte d'événements externes imprévus, indépendants de la volonté des dispensateurs de soins.

Les dépassements justifiés d'un objectif budgétaire partiel sont des dépassements qui résultent de facteurs externes échappant au contrôle du secteur ou de politiques souhaitées au sein d'un secteur, entraînant des dynamiques de dépenses imprévues.

5. Les codes de transparence

Depuis le 1^{er} octobre 2024, les codes de transparence, tels qu'établis en annexe du règlement du 7 août 2024 portant exécution de la Loi sur la transparence, sont mis à la disposition des médecins pour l'utilisation lors de la facturation électronique des prestations de santé ambulatoires. Ces codes permettent de transmettre correctement aux mutualités (OA) les suppléments facturés et les prestations non remboursables.

L'objectif de ces codes de transparence est de cartographier la nature des montants facturés au patient par l'OA. Grâce à cette transparence, les mutualités obtiennent entre autres un aperçu des motifs indiqués par les médecins pour la facturation des suppléments pour les prestations réalisées dans le cabinet de consultation ou dans une salle de traitement spécifique au sein de la polyclinique.

De eerste fase van het gebruik van de transparantiecodels werd beschouwd als een registratiefase. Deze registratieperiode liep tot het in werking treden van de verplichte elektronische facturatie (1 september 2025). Tijdens deze periode evalueerden en analyseerden de VI het gebruik van de transparantiecodels. Op basis van deze analyse werden reeds onregelmatigheden in het gebruik vastgesteld en wordt vermoed dat de artsen het doel van de transparantiecodels niet begrijpen en soms verkeerd gebruiken. Informatie over deze onregelmatigheden worden gedeeld met de partners binnen de NCAZ.

Er werden voorstellen geformuleerd met betrekking tot de afbakening, bijsturing en verduidelijking van de toepassingsregels, maar de nood aan verdere analyse door de VI is gebleken. Deze verdere analyse wordt door de VI afgerond tegen 15 mei 2026. Op basis van het resultaat van deze diepgaandere analyse, zullen meer gerichte bijstellingen besproken worden in de ad hoc werkgroep transparantie.

Op basis van een lijst van de NCAZ en een analyse van de transparantiecodels, wordt de TGR verzocht om te verduidelijken welke bijzondere en uitzonderlijke elementen van de in artikel 35, § 4, van de GVV-wet bedoelde kosten niet in de honoraria zijn inbegrepen. Hiertoe zullen tegen 31 december 2026 de omschrijvingen of de toepassingsregels worden aangepast voor een eerste beperkte lijst van verstrekkingen.

De verstrekkingen die eerst zullen worden onderzocht zijn de ambulante verstrekkingen K en N met een relatieve waarde tot K50/N90, met uitzondering van gehospitaliseerde patiënten.

Het totaalbedrag van de maximale impact ten laste van de patiënten bedraagt 10 miljoen EUR.

Daarnaast vraagt de NCAZ dat de regering middelen vrijmaakt om die verstrekkingen te financieren in het budget van de artsenhonoraria via de massa die wordt vrijgemaakt via de verhoging van het remgeld op 1 juli 2026.

Het RIZIV zal de experts van het terrein, de wetenschappelijke verenigingen en de ziekenhuisfederaties consulteren om na te gaan welke ingrepen er buiten het ziekenhuis kunnen worden uitgevoerd, zodat de TGR tegen 31 maart 2027 een voorstel kan formuleren betreffende een aanpassing van artikel 15, § 2, van de nomenclatuur, op voorwaarde dat de toegankelijkheid, de veiligheid en de kwaliteit van zorg voor de patiënt gegarandeerd blijft (Wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg). Een aandachtspunt is dat de aanpassing van dit artikel moet gepaard gaan met de garantie van deelname aan wachtdiensten in de ziekenhuizen.

6. Persoonlijk aandeel

Tijdens het begrotingsconclaaf besliste de federale regering op 24 november 2025 tot een remgeldverhoging bij geneeskundige verstrekkingen, ten belope van 125 miljoen EUR op jaarbasis. Deze verhogingen gaan in vanaf 1 juli 2026. Het gros van dit bedrag (100 miljoen EUR) dient om de investeringen in het zorgpersoneel deels te financieren. In 2027 (en deels in 2026) zal het resterende bedrag ingezet worden in noodzakelijke eenmalige investeringen in de gezondheidszorg, onder meer voor de versterking van cybersecurity, de uitrol van het plan zeldzame ziekten, ...

Aan de Commissie Gezondheidszorg-doelstellingen wordt gevraagd een evenwichtig voorstel te doen voor deze remgeldverhogingen, dat vervolgens voorgelegd wordt aan het overleg.

7. De ereloonsupplementen

Tijdens de duur van het akkoord zal de NCAZ alle bestaande problemen bekijken en een voorstel doen om de ereloonsupplementen te omkaderen. Dit voorstel zal gebaseerd zijn op objectieve gegevens en zal rekening houden met de huidige nomenclatuur en de wijzigingen die voortvloeien uit de nomenclatuurrhervorming.

8. Premies

8.1. Sociaal statuut

De bedragen van de sociale en andere voordelen worden jaarlijks geïndexeerd krachtens 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 belopen de bedragen van de sociale en andere voordelen voor 2026:

- 6.243,59 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

- 2.945,25 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.

La première phase de l'utilisation des codes de transparence était considérée comme une phase d'enregistrement. Cette période d'enregistrement s'est poursuivie jusqu'à l'entrée en vigueur de la facturation électronique obligatoire (1^{er} septembre 2025). Au cours de cette période, une évaluation et une analyse de l'utilisation des codes de transparence ont été réalisées par les OA. Sur la base de cette analyse, des irrégularités dans l'utilisation ont déjà été constatées et il est supposé que les médecins ne comprennent pas l'objectif des codes de transparence et les utilisent parfois de manière erronée. Les informations concernant ces irrégularités sont partagées avec les partenaires au sein de la CNMM.

Des propositions ont été formulées concernant la délimitation, l'ajustement et la clarification des règles d'application, mais la nécessité d'une analyse plus approfondie par les OA s'est avérée. Cette analyse plus approfondie sera finalisée par les OA d'ici le 15 mai 2026. Sur la base du résultat de cette analyse approfondie, des ajustements plus ciblés seront discutés au sein du groupe de travail ad hoc transparence.

Sur la base d'une liste établie par la CNMM et d'une analyse des codes de transparence, il est demandé au CTM de préciser quels éléments particuliers et exceptionnels des coûts visés à l'article 35, § 4, de la loi SSI ne sont pas inclus dans les honoraires. À cet effet, les libellés ou les règles d'application seront adaptés d'ici au 31 décembre 2026 pour une première liste limitée de prestations.

Les prestations qui seront examinées en premier lieu sont les prestations ambulatoires K et N avec une valeur relative jusqu'à K50/N90, à l'exclusion des patients hospitalisés.

Le montant total d'impact maximal à charge des patients est de 10 millions d'euros.

En parallèle, la CNMM demande que le gouvernement libère des moyens pour financer ces prestations dans le budget des honoraires médicaux à travers la masse libérée par l'augmentation des tickets modérateurs au 1^{er} juillet 2026.

L'INAMI consultera les experts du terrain, les associations scientifiques et les fédérations hospitalières pour examiner quelles interventions peuvent être réalisées en dehors de l'hôpital, afin que le CTM puisse formuler une proposition pour le 31 mars 2027, concernant l'article 15, § 2, de la nomenclature, à condition que l'accessibilité, la sécurité et la qualité des soins pour le patient soient garanties (Loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé). Il convient de veiller à ce que la modification de cet article s'accompagne de la garantie de participation aux services de garde dans les hôpitaux.

6. Quote-part personnelle

Lors du conclave budgétaire, le gouvernement fédéral a décidé, le 24 novembre 2025, d'augmenter les tickets modérateurs pour les prestations de santé, à hauteur de 125 millions d'euros par an. Ces augmentations entreront en vigueur le 1^{er} juillet 2026. La majeure partie de ce montant (100 millions d'euros) servira à financer une partie des investissements dans le personnel soignant. En 2027 (et en partie en 2026), le montant restant sera utilisé pour des investissements ponctuels nécessaires dans les soins de santé, notamment pour le renforcement de la cybersécurité, le déploiement du plan pour les maladies rares...

La Commission pour la fixation des objectifs de santé est invitée à présenter une proposition équilibrée concernant ces augmentations des tickets modérateurs, proposition qui sera ensuite soumise à la concertation.

7. Les suppléments d'honoraires

Pendant la durée de l'accord, la CNMM étudiera tous les problèmes existants et fera une proposition encadrant les suppléments d'honoraires. Cette proposition se basera sur des données objectives et tiendra compte de la nomenclature actuelle et des modifications consécutives à la réforme de la nomenclature.

8. Primes

8.1. Statut social

Les montants des avantages sociaux et autres avantages 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.

Conformément à cette indexation, les montants des avantages sociaux et autres avantages pour l'année 2026, s'élèvent :

- à 6.243,59 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 2.945,25 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.

Het bedrag van het sociaal statuut voor HAIO 's en ASO 's bedraagt voor het jaar 2026 8.403,62 EUR.

De basisbedragen van enerzijds het rustpensioen en anderzijds het overlevingspensioen worden vanaf 1 januari 2026 vastgesteld op respectievelijk 7.473,04 EUR en 6.227,71 EUR per jaar.

8.2. Geïntegreerde praktijkpremie

Vanaf het premiejaar 2025 wordt de 21,072 miljoen EUR die vanuit verschillende bronnen wordt overgeheveld voor de financiering van niet-fysieke medische contacten, in 2026 besteed via een verhoging van de premie.

De voorwaarden voor de toekenning van de geïntegreerde praktijkpremie zijn in 2026 dezelfde als deze in het jaar 2025. In de loop van 2026 zullen de voorwaarden worden geëvalueerd en geactualiseerd. Hierbij dient ook te worden voorzien in een evaluatie van de huidige barometers inzake antibiotica en diabetes, met het oog op een eventuele verdere uitbreiding.

In de loop van 2026 zal de NCAZ de geïntegreerde praktijkpremie aan een grondige hervorming onderwerpen. Momenteel bevat de praktijkpremie criteria die voornamelijk betrekking hebben op de werking van de praktijk en het gebruik van elektronische diensten. Er zal gekeken worden hoe de praktijkpremie gesplitst kan worden waarbij een deel van het budget behouden blijft voor de praktijkpremie en het ander deel voor de bevordering van kwaliteit en doelmatigheid zal dienen.

In afwachting van de definitieve fase van de toepassing en het gebruik van het PSS, het beslissingsondersteunend platform, voor klinische biologie en medische beeldvorming zal de geïntegreerde praktijkpremie indicatoren opnemen die het voorschrijven van klinische biologie en medische beeldvorming evalueren.

Deze indicatoren die als criteria binnen een hervorming van de geïntegreerde praktijkpremie worden opgenomen, zullen met experten in de klinische biologie en in de radiologie samen met de huisartsen worden besproken.

Deze criteria dienen ten laatste tegen juni 2026 gekend te zijn om in het tweede semester van 2026 geëvalueerd te worden. Ook criteria rond arbeidsongeschiktheid (TRIO-platform) kunnen in aanmerking worden genomen.

8.3. Huisartsenpraktijkondersteuning

Na evaluatie van de toekenning van de premies voor de zorgcontinuïteit en het praktijkbeheer, zoals voorzien in het koninklijk besluit van 4 juli 2024, werd vastgesteld dat het voorziene bedrag van 17,710 miljoen EUR sterk wordt onderbenut. Dit komt omdat het toepassingsgebied sterk werd verengd door het advies van de Raad van State en door de afwezigheid van opleidingen voor praktijkassistenten. In afwachting van de beschikbaarheid van deze praktijkassistenten op de arbeidsmarkt, zal de NCAZ een bedrag van 7,7 miljoen EUR overhevelen naar de geïntegreerde praktijkpremie.

Binnen het resterende bedrag van 10 miljoen EUR zal de werkgroep Praktijkondersteuning nieuwe voorstellen ontwikkelen in het eerste kwartaal van 2026 zodat vanaf het premiejaar 2026 het toepassingsgebied wordt uitgebreid en de doelstellingen, zijnde het verwezenlijken van een efficiëntiewinst in de praktijkorganisatie en het vermijden van huisartsentekorten door een betere omkadering, alsnog kunnen worden bereikt.

8.4. Accreditering

In afwachting van de grondige herziening van het accrediteringssysteem, dat samen met de hervorming van de nomenclatuur moet worden voorbereid, belooft het bedrag van het forfaitair accrediteringshonorarium 777,83 EUR voor het jaar 2026.

Voor het jaar 2027 kan het bedrag op 1 januari worden geïndexeerd overeenkomstig de indexeringsregeling betreffende de afgevlakte gezondheidsindex bepaald krachtens artikel 207bis, eerste lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, behalve indien de Nationale commissie artszen-ziekenfondsen een andere beslissing neemt krachtens het bepaalde in artikel 207bis, tweede lid, van dezelfde wet.

9. Correctiemaatregelen

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

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

10. Toepassingsvoorwaarden van het akkoord

De NCAZ verbindt zich ertoe om de toepassingsvoorwaarden van het akkoord te herzien met het oog op het volgende akkoord.

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.

Le montant du statut social des MGF et MSF s'élève à 8.403,62 euros pour l'année 2026.

Le 1^{er} janvier 2026, 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 7.473,04 euros et 6.227,71 euros par an.

8.2. Prime de pratique intégrée

À partir de l'année de prime 2025, les 21,072 millions d'euros qui sont transférés depuis plusieurs sources différents vers le financement des contacts médicaux non physiques seront utilisés en 2026 via une augmentation de la prime.

Les conditions d'attribution de la prime de pratique intégrée sont en 2026 les mêmes que celles de l'année 2025. Dans le courant de 2026 les conditions seront évaluées et actualisées. Cela devrait inclure une évaluation des baromètres actuels en matière d'antibiotiques et de diabète, en vue d'une éventuelle extension ultérieure.

Au cours de l'année 2026, la CNMM procédera à une réforme en profondeur de la prime de pratique intégrée. Actuellement, cette prime repose sur des critères liés principalement au fonctionnement de la pratique et à l'utilisation des services électroniques. On examinera comment scinder cette prime afin qu'une partie du budget reste affectée à la prime de pratique et qu'une autre partie serve à promouvoir la qualité et l'efficacité.

Dans l'attente de la phase définitive de mise en œuvre et d'utilisation de la PSS, la plateforme d'aide à la décision pour la biologie clinique et l'imagerie médicale, la prime de pratique intégrée inclura des indicateurs permettant d'évaluer la prescription de biologie clinique et d'imagerie médicale.

Ces indicateurs, qui seront intégrés comme critères dans le cadre de la réforme de la prime de pratique intégrée, seront discutés avec des experts en biologie clinique et en radiologie, en collaboration avec les médecins généralistes.

Ces critères devront être connus au plus tard en juin 2026 afin de pouvoir être évalués au cours du second semestre 2026. Les critères relatifs à l'incapacité de travail (plateforme TRIO) peuvent également être pris en considération.

8.3. Soutien à la pratique de médecine générale

Après évaluation de l'octroi des primes pour la continuité des soins et la gestion de la pratique, telles que prévues par l'arrêté royal du 4 juillet 2024, il a été constaté que le montant prévu de 17,710 millions d'euros a été fort sous-utilisé. Ceci est dû au fait que le champ d'application a été fortement réduit suite à l'avis du Conseil d'État et en raison de l'absence de formations pour les assistants de pratique. En attendant la disponibilité de ces assistants de pratique sur le marché du travail, la CNMM transférera un montant de 7,7 millions d'euros vers la prime intégrée de pratique.

Dans le cadre du montant restant de 10 millions d'euros, le groupe de travail Soutien de la pratique élaborera de nouvelles propositions au cours du premier trimestre 2026 afin que, dès l'année de prime 2026, le champ d'application soit élargi et que les objectifs, à savoir réaliser un gain d'efficacité dans l'organisation de la pratique et éviter les pénuries de médecins généralistes grâce à un meilleur encadrement, puissent être atteints.

8.4. Accréditation

Dans l'attente de la révision en profondeur du système d'accréditation, qui doit être préparée avec la réforme de la nomenclature, les honoraires forfaitaires d'accréditation s'élèvent à 777,83 euros pour l'année 2026.

Pour l'année 2027, le montant peut être indexé au 1^{er} janvier conformément au régime d'indexation relatif à l'indice santé lissé fixé en vertu de l'article 207bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, sauf si la Commission nationale médico-mutualiste décide autrement en vertu des dispositions de l'article 207bis, alinéa 2, de la même loi.

9. 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.

10. Conditions d'application de l'accord

La CNMM s'engage à revoir les conditions d'application de l'accord en vue du prochain accord.

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.

10.1. Huisartsen

10.1.1. 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 10.1.3., de honorariumbedragen en de reisvergoedingen, vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, op zijn hele praktijk worden toegepast.

10.1.2. De gedeeltelijk geconventioneerde zorgverleners

10.1.2.1. 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 10.1.2.2. zijn bepaald.

Behalve tijdens de periodes en overeenkomstig de voorwaarden die strikt zijn bepaald in punt 10.1.2.2. of behalve wanneer de rechthebbende bijzondere eisen stelt die strikt zijn bepaald in punt 10.1.3., worden de honorariumbedragen en de reisvergoedingen, vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, op zijn hele praktijk toegepast.

10.1.2.2. 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:

10.1.2.2.1. maximum driemaal per week per blok van maximum vier aaneengesloten uren;

10.1.2.2.2. 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 10.1.3.

10.1.3. Bijzondere eisen van de rechthebbende

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

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

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

10.1.3.3. 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;

10.1.3.4. 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.

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.

10.2. Artsen-specialisten

10.2.1. 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 10.2.3, de honorariumbedragen en de reisvergoedingen, vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, op zijn hele praktijk worden toegepast.

10.2.2. De gedeeltelijk geconventioneerde zorgverleners

10.2.2.1. 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 10.2.2.2. zijn bepaald.

Behalve tijdens de periodes en overeenkomstig de voorwaarden die strikt zijn bepaald in punt 10.2.2.2. of behalve wanneer de rechthebbende bijzondere eisen stelt die strikt zijn bepaald in punt 10.2.3., worden de honorariumbedragen en de reisvergoedingen, vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, op zijn hele praktijk toegepast.

10.2.2.2. Periodes en voorwaarden van de gedeeltelijke toetreding tot het akkoord

10.1. Médecins généralistes

10.1.1. 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 11.1.3, les taux d'honoraires et les indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués à l'ensemble de sa pratique.

10.1.2. Les dispensateurs de soins partiellement conventionnés

10.1.2.1. 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 10.1.2.2.

Sauf durant les périodes et selon les conditions définies strictement au point 10.1.2.2, ou sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 10.1.3, les taux d'honoraires et les indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués à l'ensemble de sa pratique.

10.1.2.2. 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 :

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

10.1.2.2.2. et pour autant que le reste de sa pratique représente au moins les trois quarts 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 10.1.3.

10.1.3. Exigences particulières du bénéficiaire

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

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

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

10.1.3.3. 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 ;

10.1.3.4. 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.

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.

10.2. Médecins spécialistes

10.2.1. 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 10.2.3., les taux d'honoraires et les indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués à l'ensemble de sa pratique.

10.2.2. Les dispensateurs de soins partiellement conventionnés

10.2.2.1. 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 10.2.2.2.

Sauf durant les périodes et selon les conditions définies strictement au point 10.2.2.2, ou sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 10.2.3, les taux d'honoraires et les indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués à l'ensemble de sa pratique.

10.2.2.2. Périodes et conditions du conventionnement partiel

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):

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

10.2.2.2.2. 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 10.2.3, en op uren die normaal gezien schikken voor de rechthebbenden van de verzekering voor geneeskundige verzorging;

10.2.2.2.3. 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 10.2.3.

10.2.3. 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:

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

10.2.3.2. de oproepen thuis, behalve wanneer het gaat om raadplegingen die zijn aangevraagd door de behandelende arts;

10.2.3.3. 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.

10.3. De betwistingen met betrekking tot punt 10 zullen onder de arbitrage vallen van een paritair comité dat wordt samengesteld door de NCAZ en wordt voorgezeten door een ambtenaar van het RIZIV.

10.4. De arts 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.

11. 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.

12. Duur van het akkoord en opzegging

12.1. Duur van het akkoord

Dit akkoord wordt gesloten voor een periode van twee jaar, namelijk van 1 januari 2026 tot en met 31 december 2027.

De NCAZ dringt er bij de regering op aan dat de nodige maatregelen worden genomen om de afspraken die in dit akkoord worden gemaakt en die een reglementaire aanpassing vereisen doorgang kunnen vinden in een periode van lopende zaken.

12.2. Opzegging

12.2.1. Opzegging van rechtswege

Het akkoord is van rechtswege opgezegd 30 dagen nadat een van de volgende situaties ontstaat en overeenkomstig de voorwaarden van punt 12.2.1.4.

12.2.1.1. De bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad* van besparingsmaatregelen die eenzijdig door de regering worden vastgesteld ten aanzien van het huidig begrotingskader, de besparingen en correctie-maatregelen vermeld in het akkoord uitgezonderd.

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) :

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

10.2.2.2.2. 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 10.2.3, et à des heures qui conviennent normalement aux bénéficiaires de l'assurance soins de santé ;

10.2.2.2.3. 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 10.2.3.

10.2.3. Exigences particulières du bénéficiaire

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

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

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

10.2.3.3. 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.

10.3. Les contestations concernant le point 10 feront l'objet d'un arbitrage par un collège paritaire composé par la CNMM et présidé par un fonctionnaire de l'INAMI.

10.4. 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.

11. 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.

12. Durée et dénonciation de l'accord

12.1. Durée de l'accord

Le présent accord est conclu pour une période de deux ans, à savoir du 1^{er} janvier 2026 au 31 décembre 2027 inclus.

Le CNMM exhorte le gouvernement à prendre les mesures nécessaires pour que les engagements conclus dans cet accord et qui nécessitent un ajustement réglementaire puissent être mis en œuvre pendant une période des affaires courantes.

12.2. Dénonciation

12.2.1. Dénonciation de plein droit

L'accord est dénoncé de plein droit 30 jours après qu'une des situations suivantes se présente et conformément aux conditions du point 12.2.1.4.

12.2.1.1. La publication au *Moniteur belge* de mesures d'économies fixées unilatéralement par le gouvernement par rapport au cadre budgétaire actuel excepté les économies et les mesures de correction mentionnées dans l'accord.

12.2.1.2. De bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad* van wetgevende maatregelen die zonder overleg worden vastgesteld met betrekking tot de uitbreiding van de verplichte derdebetalersregeling of met betrekking tot de reglementering betreffende de supplementen die worden aangerekend voor eenpersoonkamers en/of voor ambulante verstrekkingen.

12.2.1.3. De vaststelling van de partiële begrotingsdoelstelling voor de artsenhonoraria voor het jaar 2027 op een bedrag dat lager is dan dit voor 2026.

12.2.1.4. Een representatieve organisatie die een opzegging van rechtswege wenst in te roepen op basis van voornoemde situaties deelt dit mee aan de NCAZ binnen een termijn van 15 dagen nadat zij een van voornoemde situaties vaststelt.

12.2.1.5. In dat geval roept de voorzitter van de NCAZ een vergadering bijeen, waarop de Minister wordt uitgenodigd en vaststelling doet van de opzegging van het akkoord.

12.2.1.6. In voornoemde gevallen blijven de voordelen van het sociaal statuut gewaarborgd voor degenen die tot het akkoord waren toegelaten en die zich ertoe verbinden de geldende tarieven toe te passen.

12.2.2. Opzegging

12.2.2.1. Overeenkomstig artikel 51, § 9, van de Gvu-wet kan dit akkoord tijdens de looptijd ervan geheel of gedeeltelijk worden opgezegd door een representatieve organisatie van artsen of door een individuele arts, indien door de Koning of door de Algemene Raad eenzijdig en zonder overeenstemming met de NCAZ maatregelen worden genomen in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging die leiden tot een beperking van de honoraria overeenkomstig artikel 50, § 6, van voornoemde wet, met uitzondering van de maatregelen genomen in toepassing van de artikelen 18, 51 en 68 van dezelfde wet.

12.2.2.2. Het akkoord kan geheel of gedeeltelijk worden opgezegd door een representatieve organisatie van artsen na goedkeuring van wettelijke of reglementaire bepalingen met betrekking tot een beperking van de ereloon-supplementen tijdens de looptijd van het akkoord, met uitzondering van maatregelen die tot stand kwamen na akkoord in de NCAZ, zoals met betrekking tot de bepalingen in punt 7.

12.2.2.3. Het akkoord kan geheel of gedeeltelijk worden opgezegd door een representatieve organisatie van artsen of door een arts na bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad* van maatregelen die tijdens de looptijd van het akkoord op eenzijdige wijze en zonder overeenstemming met de NCAZ met de partijen zijn tot stand gekomen en die het evenwicht van de rechten en plichten voortvloeiend uit dit akkoord ernstig schaadt.

12.2.2.4. Het akkoord kan geheel of gedeeltelijk worden opgezegd door een representatieve organisatie van artsen indien door de Algemene Raad voor het begrotingsjaar 2027 geen of geen volledige indexering wordt toegekend zoals deze bij het afsluiten van het akkoord wordt geregeld bij toepassing van artikel 207bis van de Gvu-wet.

12.2.2.5. Het akkoord kan geheel of gedeeltelijk worden opgezegd door een representatieve organisatie van artsen indien vóór 31 december 2026 geen pseudocodes van toepassing zijn of indien er vóór 31 maart 2027 geen aanpassing plaats heeft gevonden inzake artikel 15, § 2, van de nomenclatuur.

12.2.2.6. Een representatieve organisatie die de opzegging wenst in te roepen op basis van de situaties bedoeld in de punten 12.2.1 en 12.1.3 deelt dit met een ter post aangetekende zending mee aan de voorzitter van de NCAZ binnen een termijn van 15 dagen nadat een van voornoemde situaties zich heeft voorgedaan. 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 waarop de Minister werd uitgenodigd een meerderheid van de aanwezige vertegenwoordigers van de representatieve organisaties van artsen de opzegging bevestigt.

12.2.2.7. Een arts die het akkoord wenst op te zeggen op basis van de situaties bedoeld in punt 12.2.1. of 12.2.3 doet dit vóór 15 december 2026 via de beveiligde webtoepassing die het RIZIV daartoe via het ProGezondheid-portaal ter beschikking stelt. De opzegging is in dat geval van toepassing vanaf de datum van de registratie in de toepassing.

12.2.2.8. Het akkoord kan ook worden opgezegd door een arts vóór 15 december 2026 volgens de modaliteiten gepubliceerd in het *Belgisch Staatsblad*. Deze opzegging is van toepassing vanaf 1 januari 2027.

13. Formaliteiten

13.1. 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 ProGezondheid-portaal ter beschikking stelt.

13.2. De andere artsen dan die welke, overeenkomstig de bepalingen die zijn vermeld onder 13.1., kennis hebben gegeven van hun weigering tot toetreding tot de bedingen van het akkoord dat op 18 december 2025 in de NCAZ is gesloten, worden ambtshalve geacht

12.2.1.2. La publication au *Moniteur belge* de mesures législatives fixées sans concertation concernant l'extension du régime obligatoire du tiers payant ou concernant la réglementation relative aux suppléments portés en compte pour les chambres particulières et/ou pour les prestations ambulatoires.

12.2.1.3. La fixation de l'objectif budgétaire partiel pour les honoraires médicaux pour l'année 2027 à un montant inférieur à celui fixé pour 2026.

12.2.1.4. Une organisation représentative qui souhaite invoquer la dénonciation de plein droit sur la base des situations précitées le notifie à la CNMM dans un délai de 15 jours après la constatation d'une des situations précitées.

12.2.1.5. Dans ce cas, le président de la CNMM convoque une réunion à laquelle le Ministre est invité et constate la dénonciation de l'accord.

12.2.1.6. Dans les cas précités, les avantages du statut social restent garantis à l'égard de ceux qui avaient adhéré à l'accord et qui s'engagent à respecter les tarifs en vigueur.

12.2.2. Dénonciation

12.2.2.1. Conformément à l'article 51, § 9, de la loi SSI, le présent accord peut être dénoncé entièrement ou partiellement par une organisation représentative de médecins ou par un médecin individuel pendant la durée de celui-ci, si le Roi ou le Conseil général prennent unilatéralement et sans accord avec la CNMM des mesures dans l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités entraînant une restriction des honoraires fixés 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 même loi.

12.2.2.2. L'accord peut être dénoncé entièrement ou partiellement par une organisation représentative de médecins après l'approbation, pendant la durée de celui-ci, de dispositions légales ou réglementaires concernant une restriction des suppléments d'honoraires à l'exception de mesures qui entreraient en vigueur après accord au sein de la CNMM comme en ce qui concerne les dispositions du point 7.

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

12.2.2.4. L'accord peut être dénoncé entièrement ou partiellement par une organisation représentative de médecins si, pour l'exercice budgétaire 2027, le Conseil général n'octroie pas d'indexation ou n'octroie pas une indexation complète telle que fixée dans le cadre de la conclusion de l'accord, en application de l'article 207bis de la loi SSI.

12.2.2.5. L'accord peut être dénoncé entièrement ou partiellement par une organisation représentative des médecins si les pseudocodes ne sont pas entrés en vigueur le 31 décembre 2026 ou s'il n'y a pas eu une adaptation de l'article 15, § 2, de la nomenclature avant le 31 mars 2027.

12.2.2.6. Une organisation représentative qui souhaite invoquer la dénonciation sur la base des situations visées aux points 12.2.1 et 12.1.3 le notifie par lettre recommandée à la poste, adressée au président de la CNMM, dans un délai de 15 jours après la survenance 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, à laquelle le Ministre est invité, la majorité des représentants présents des organisations représentatives des médecins confirme la dénonciation.

12.2.2.7. Le médecin qui souhaite dénoncer l'accord sur la base des situations visées aux points 12.2.1. ou 12.2.3., doit le faire avant le 15 décembre 2026 au moyen de l'application en ligne sécurisée que l'INAMI met à disposition à cette fin sur le portail ProSanté. La dénonciation s'applique dans ce cas à partir de la date d'enregistrement dans l'application web.

12.2.2.8. L'accord peut également être dénoncé par un médecin avant le 15 décembre 2026 selon les modalités publiées au *Moniteur belge*. Cette dénonciation sera d'application à partir du 1^{er} janvier 2027.

13. Formalités

13.1. 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 ProSanté.

13.2. Les médecins, autres que ceux qui, conformément aux dispositions prévues au point 13.1., ont notifié leur refus d'adhésion aux termes de l'accord conclu le 18 décembre 2025 à la CNMM, sont réputés d'office avoir adhéré à cet accord pour leur activité professionnelle

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 ProGezondheid-portaal ter beschikking stelt.

13.3. Alle latere wijzigingen van de voorwaarden inzake tijd en plaats waaronder de onder 13.2 bedoelde artsen, overeenkomstig de bedingen van het akkoord, de daarin vastgestelde honorariumbedragen zullen toepassen, mogen worden toegepast van zodra ze worden meegedeeld via de beveiligde webtoepassing die het RIZIV daartoe via het ProGezondheid-portaal ter beschikking stelt.

13.4. De wilsuitingen onder 13.1, 13.2 en 13.3 worden geacht te zijn uitgebracht op de datum van registratie in de webtoepassing.

13.5. Het RIZIV garandeert dat bij de publicatie van het percentage en het aantal toetredingen en weigeringen in het kader van het akkoord artsen-ziekenfondsen 2026-2027 uitsluitend correcte en verifieerbare gegevens worden gebruikt. Ter informatie zullen ook de volgende gegevens kenbaar worden gemaakt:

- opdeling in functie van een vooraf bepaalde minimale activiteitsdrempel
- opdeling in functie van de accrediteringssituatie op het moment van de statistiek
- opdeling in functie van leeftijdsgroep
- opdeling per specialisme

14. Bijlage
Opgemaakt te Brussel, 18 december 2025.

Bijlage 1

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 ProSanté.

13.3. Tous changements ultérieurs des conditions de temps et de lieu dans lesquelles, conformément aux clauses de l’accord, les médecins visés sous le point 13.2. appliqueront les montants d’honoraires qui y sont fixés, peuvent être appliqués à partir de leur communication au moyen de l’application en ligne sécurisée que l’INAMI met à disposition à cette fin au moyen du portail ProSanté.

13.4. Les expressions de volonté sous les points 13.1, 13.2 et 13.3 sont censées être faites à la date de l’enregistrement dans l’application en ligne.

13.5. L’INAMI garantit que seules des données correctes et vérifiables sont utilisées pour la publication du pourcentage et du nombre d’adhésions et de refus dans le cadre de l’accord médico-mutualiste 2026-2027. À titre informatif, les données suivantes seront également communiquées à la CNMM et sur le site web de l’INAMI:

- répartition en fonction d’un seuil minimal d’activité prédéterminé
- répartition en fonction de la situation d’accréditation au moment de la statistique
- répartition par groupe d’âge
- répartition par spécialité

14. Annexe
Fait à Bruxelles, le 18 décembre 2025.

Annexe 1

NATIONAAL AKKOORD ARTSEN - ZIEKENFONDSEN 2026-2027

18-12-2025

In 000 EUR	Toepassing	2026	Jaarbasis
Beschikbare middelen			
Artsenhonoraria: Indexmassa 2026	01-01-26	336.580	336.580
Raadplegingen niet-geaccrediteerde artsen - geen indexatie	01-01-26	-4.894	-4.894
LVZ: indexmassa 2026 (deel artsen)	01-01-26	12.628	12.628
Dialyse: indexmassa 2026 (deel honoraria)	01-01-26	5.328	5.328
Subtotaal indexmassa		349.642	349.642
Raadpleging niet-geaccrediteerde artsen - geen indexatie	01-01-26	4.894	4.894
Cholesteatoma	01-01-26	2.120	2.120
Versterking ondersteuning huisartsenpraktijk	01-01-26	7.710	7.710
Adviezen	01-01-27	0	29.676
Raadpleging niet-geaccrediteerde artsen - bijkomende 1,50 EUR	01-01-26	8.468	8.468
Marge beheersingsmaatregelen 2026 (saldo 62 miljoen EUR)	01-01-26	500	500
Marge bijkomende inspanningen 2026 (saldo 150 miljoen EUR)	01-01-26	1.194	1.194
Subtotaal bijkomende middelen		24.886	54.562
Totaal		374.528	404.204
Aanwending middelen			
a) Indexering		349.642	349.642
Klinische biologie	01-01-26	48.256	48.256
Index: 2,72%			
Medische beeldvorming	01-01-26	50.289	50.289
Index: 2,72%			
Raadplegingen, bezoeken en adviezen	01-01-26	106.492	106.492

In 000 EUR	Toepassing	2026	Jaarbasis
Index: 2,72%			
Raadplegingen niet-geaccrediteerde artsen: geen index			
Speciale verstrekkingen	01-01-26	55.126	55.126
Index: 2,72%			
Heelkunde	01-01-26	42.465	42.465
Index: 2,72%			
Gynaecologie	01-01-26	2.184	2.184
Index: 2,72%			
Toezicht	01-01-26	17.077	17.077
Index: 2,72%			
Honoraria buiten nomenclatuur	01-01-26	5.811	5.811
Index: 2,72%			
Geïntegreerde premie huisartsengeneeskunde: geen index			
Onverdeeld	01-01-26	-1.375	-1.375
Index: 2,72%			
Aanvullende financiering ziekenhuizen	01-01-26	5.361	5.361
Index: 2,72%			
LVZ	01-01-26	12.628	12.628
Index: 2,72%			
Dialyse	01-01-26	5.328	5.328
Index: 2,72%			
b) Initiatieven akkoord 2026-2027		24.211	53.314
Overleg kinderpsychiater - huisarts	01-07-26	381	761
Somatische zorg K-dienst	01-07-26	295	590
Permanentiehonoraria pediatrie	01-01-26	2.463	2.463
Niet fysieke medische contacten - huisartsen	2026	21.072	42.500
Niet fysieke medische contacten - artsen-specialisten	01-01-27	0	7.000
Totaal		373.853	402.956
Saldo		675	1.248

ACCORD NATIONAL MEDICO-MUTUALISTE 2026-2027

18-12-2025

En 000 EUR	Application	2026	Base annuelle
Moyens disponibles			
Honoraires médicaux: Masse d'indexation 2026	01-01-26	336.580	336.580
Consultations médecins non accrédités - pas d'indexation	01-01-26	-4.894	-4.894
SBV: Masse d'indexation 2026 (partie médecins)	01-01-26	12.628	12.628
Dialyse: Masse d'indexation 2026 (partie honoraires)	01-01-26	5.328	5.328
Sous-total masse d'indexation		349.642	349.642
Consultations médecins non accrédités - pas d'indexation	01-01-26	4.894	4.894
Cholestéatome	01-01-26	2.120	2.120
Renforcement soutien pratiques de médecine générale	01-01-26	7.710	7.710
Avis	01-01-27	0	29.676
Consultations médecins non accrédités - 1,50 EUR supplémentaires	01-01-26	8.468	8.468

En 000 EUR	Application	2026	Base annuelle
Marge mesures maîtrise budgétaire 2026 (solde 62 millions EUR)	01-01-26	500	500
Marge effort supplémentaire 2026 (solde 150 millions EUR)	01-01-26	1.194	1.194
<i>Sous-total moyens supplémentaires</i>		24.886	54.562
Total		374.528	404.204
Utilisation des moyens			
a) Indexation		349.642	349.642
Biologie clinique	01-01-26	48.256	48.256
Index: 2,72%			
Imagerie médicale	01-01-26	50.289	50.289
Index: 2,72%			
Consultations, visites et avis	01-01-26	106.492	106.492
Index: 2,72%			
Consultations médecins non accrédités - pas d'indexation			
Prestations spéciales	01-01-26	55.126	55.126
Index: 2,72%			
Chirurgie	01-01-26	42.465	42.465
Index: 2,72%			
Gynécologie	01-01-26	2.184	2.184
Index: 2,72%			
Surveillance	01-01-26	17.077	17.077
Index: 2,72%			
Honoraires hors nomenclature	01-01-26	5.811	5.811
Index: 2,72%			
Prime de pratique intégrée en médecine générale: pas d'index			
Non-réparti	01-01-26	-1.375	-1.375
Index: 2,72%			
Financement complémentaire des hôpitaux	01-01-26	5.361	5.361
Index: 2,72%			
SBV	01-01-26	12.628	12.628
Index: 2,72%			
Dialyse	01-01-26	5.328	5.328
Index: 2,72%			
b) Initiatives accord 2026-2027		24.211	53.314
Concertation entre le pédopsychiatre et le médecin généraliste	01-07-26	381	761
Soins somatiques service K	01-07-26	295	590
Honoraires de permanence pédiatrie	01-01-26	2.463	2.463
Contacts médicaux non physiques - médecins généralistes	2026	21.072	42.500
Contacts médicaux non physiques - médecins spécialistes	01-01-27	0	7.000
Total		373.853	402.956
Solde		675	1.248

	P2026		
Geheel van maatregelen	In 000 EUR	Artsen	LVZ
Lineaire vermindering excl forf.	-10.000	-9.880	-120
Medische beeldvorming	-10.000	-9.880	-120
Pluridisciplinaire geriatrische evaluatie 102233	-418	-418	
Arbeidsongeschiktheid - niet-aanwending	-180	-180	
Aderlating: verstrekking 149096 – 149100 sleutelletterwaarde op 0	-619	-619	
Raadplegingen	-1.217	-1.217	0
Borstbestraling - besparende maatregel	-1.215	-1.215	
SBRT - cat 4bis - verstrekking 444651-444662	-2.327	-2.327	
Verstrekking 355073-355084: -50%	-1.628	-1.622	-6
Interventionele elektrofysiologie: verstrekking 589551-589562	-4.860	-758	-4.102
Verstrekking 558574-558575, 478052-478063, 478074-478085, 478096-478100 en 478111-478122: -30 EUR	-3.133	-3.133	
Verstrekingen 477632-477643, 477654-477665 en 477610 477621: sleutelletterwaarde op 0	-4.280	-4.280	0
Genetische onderzoeken (B1350 naar B1300 - 565493-565504 en 565552-565563)	-2.255	-2.255	0
OpvolgingsMOC (350276- 350280): -15 EUR	-977	-977	
Tele-oftalmologie - niet-aanwending	-202	-202	
Ergospirometrie	-2.979	-2.974	-5
Speciale verstrekkingen	-23.856	-19.743	-4.113
Orthopedie - aanpassing vergoedingen	-8.194	-8.193	-1
Verstrekking 201375-201386: -30 EUR	-4.268	-4.268	
Niet-heelkundige verstrekkingen oftalmologie - aanpassing	-5.110	-5.110	
Verstrekking 248872-248883: -30 EUR	-89	-89	
Cardiochirurgie. -10%	-2.224	-1.648	-576
Hypothermie: schrappen bijkomend honorarium 201154-201165	-1.107	-757	-350
Besnijdenissen	-2.282	-559	-1.723
Besnijdenissen - aanpassing	-2.741	-939	-1.802
Heelkunde	-26.015	-21.563	-4.452
Bijzonder zorgnoden patiënt - niet-aanwending	-2.129	-2.129	0
Marge index 2025 - niet-aanwending	-1.172	-1.172	0
Onverdeeld	-3.301	-3.301	0
Totaal	-64.389	-55.704	-8.685
Gevraagde besparing	63.889		
Marge	500		

Totaal sleutelletterwaarde - niet-aanwending	-54.754	-49.599	-5.155
Totaal KB	-9.635	-6.105	-3.530
Totaal	-64.389	-55.704	-8.685
Marge	500		

	P2026		
Ensemble des mesures	En 000 EUR	Médecins	SBV
Réduction linéaire excl. forfait.	-10.000	-9.880	-120
Imagerie médicale	-10.000	-9.880	-120
Evaluation gériatrique pluridisciplinaire 102233	-418	-418	
Incapacité de travail – non application	-180	-180	
Saignée : prestation 149096 – 149100 valeur-clé à 0	-619	-619	

	P2026		
Consultations	-1.217	-1.217	0
Radiothérapie mammaire – mesure d'économie	-1.215	-1.215	
SBRT - cat 4bis - prestation 444651-444662	-2.327	-2.327	
Prestation 355073-355084 : -50%	-1.628	-1.622	-6
Électrophysiologie interventionnelle : prestation 589551-589562	-4.860	-758	-4.102
Prestation 558574-558575, 478052-478063, 478074-478085, 478096-478100 et 478111-478122: -30 EUR	-3.133	-3.133	
Prestations 477632-477643, 477654-477665 et 477610 477621: valeur lettre-clé à 0	-4.280	-4.280	0
Examens génétiques (B1350 vers B1300 - 565493-565504 et 565552-565563)	-2.255	-2.255	0
Suivi COM (350276- 350280): -15 EUR	-977	-977	
Télé-ophtalmologie – non application	-202	-202	
Ergospirométrie	-2.979	-2.974	-5
Prestations spéciales	-23.856	-19.743	-4.113
Orthopédie - adaptation honoraires (-50%)	-8.194	-8.193	-1
Prestation 201375-201386: -30 EUR	-4.268	-4.268	
Ophtalmologie non chirurgicale - adaptation	-5.110	-5.110	
Prestation 248872-248883: -30 EUR	-89	-89	
Cardiochirurgie. -10%	-2.224	-1.648	-576
Hypothermie: suppr honoraire complémentaire 201154-201165	-1.107	-757	-350
Circoncision	-2.282	-559	-1.723
Circoncision - adaptation	-2.741	-939	-1.802
Chirurgie	-26.015	-21.563	-4.452
Patient nécessitant des soins particuliers – non application	-2.129	-2.129	0
Marge index 2025 – non application	-1.172	-1.172	0
Non réparti	-3.301	-3.301	0
Total	-64.389	-55.704	-8.685
Economie demandée	63.889		
Marge	500		

Total valeur lettre-clé - non application	-54.754	-49.599	-5.155
Total AR	-9.635	-6.105	-3.530
Total	-64.389	-55.704	-8.685
Marge	500		

	P2026		
Geheel van maatregelen	In 000 EUR	Artsen	LVZ
Vermindering positieve marge met 3% exc. forf. hon. voorschrift	-37.561	-36.845	-716
Vermindering positieve marge met 3% - forf. hon. voorschrift	-17.823	-17.823	
Tijdelijke lineaire besparing exc. forf. hon. voorschrift	-10.733	-10.526	-207
Tijdelijke lineaire besparing - forf. hon. voorschrift	-4.667	-4.667	
Klinische biologie	-70.784	-69.861	-923
Voorschrijfrestricties wervelzuil	-38.300	-38.300	0
Digitale substractieangiografie -453515-453526 en 453530-453541 (art 17)	-3.138	-3.125	-13
Artrografie (455711-455722)	-1.488	-1.488	0

	P2026		
Forfaits PET-onderzoek (consultance en per voorschrift in CT)	-8.927	-8.927	0
Echocardiografie (469814-469825 en 469630-469641)	-6.664	-6.604	-60
Medische beeldvorming	-58.517	-58.444	-73
Raadpleging niet-geaccrediteerde artsen -1,50 EUR	-8.468	-8.468	0
Raadplegingen	-8.468	-8.468	0
Endoscopische poliepectomie - 473211-473222 en 473955-473966	-1.100	-1.100	0
Osteotomie geretineerde tand 312410-312421	-788	-788	0
ECG (475075-475086)	-2.210	-2.157	-53
Immuunhistochemie (588070-558081)	-1.031	-1.006	-25
Ambulante polysomnografie (477374 en 478133)	-1.603	-1.602	-1
Speciale verstrekkingen	-6.732	-6.653	-79
Forfaitarisering extracapsulaire extractie cataract - 246595-246606, 246676-246680, 346912-246923, 246934-246945	-15.003	-15.003	0
Knieprothese (290194-290205, 290253-290264, 290275-290286)	-2.393	-155	-2.238
Rugchirurgie (art. 14 <i>n</i>) + 589676-589680 en 589890-589901)	-3.903	-3.903	0
Tympanoscopie (258812-258823)	-1.384	-1.376	-8
Heelkunde	-22.683	-20.437	-2.246
Operatieve hulp - speciale verstrekkingen	-1.777	-1.775	-2
Operatieve hulp - heelkunde	-12.253	-10.731	-1.522
Operatieve hulp - gynaecologie	-1.013	-814	-199
Speciale verstrekkingen - Heelkunde - Gynaecologie	-15.043	-13.320	-1.723
Toezicht daghospitaal honorarium (597273 en 597295)	-3.803	-3.803	0
Toezicht	-3.803	-3.803	0
Vermindering positieve marge met 3%	44.184	44.184	0
Aanvullende financiering	44.184	44.184	0
Majeure traumacentra	-1.856	-1.856	
Multidisciplinaire pulmonale revalidatie	-3.092	-3.092	
Onverdeeld	-4.948	-4.948	0
Marge	1.194	1.194	0
Onverdeeld	1.194	1.194	0
Totaal artsenhonoraria	-145.600	-140.556	-5.044
Dialyse	-4.400	-4.400	0
Totaal sleutelletterwaarde - niet-aanwending	-89.693	-84.650	-5.043
Totaal KB	-57.101	-57.100	-1
Totaal	-146.794	-141.750	-5.044
Marge	1.194		

	P2026		
Ensemble des mesures	En 000 EUR	Médecins	SBV
Réduction marge positive de 3% excl. hon. forf. par prescription	-37.561	-36.845	-716
Réduction marge positive de 3% - hon. forf. par prescription	-17.823	-17.823	
Economie linéaire temporaire excl. hon. forf. par prescription	-10.733	-10.526	-207

	P2026		
Economie linéaire temporaire - hon. forf. par prescription	-4.667	-4.667	
Biologie clinique	-70.784	-69.861	-923
restrictions de prescription colonne vertébrale	-38.300	-38.300	0
Angiographie de soustraction digitale 453515-453526 et 453530-453541 (art 17)	-3.138	-3.125	-13
Arthrographie (455711-455722)	-1.488	-1.488	0
Forfaits CT examens PET (consultance et par prescription en CT)	-8.927	-8.927	0
Echocardiographie (469814-469825 et 469630-469641)	-6.664	-6.604	-60
Imagerie médicale	-58.517	-58.444	-73
Consultation médecins non accrédités -1,50 EUR	-8.468	-8.468	0
Consultations	-8.468	-8.468	0
Polypectomie endoscopique 473211-473222 et 473955-473966	-1.100	-1.100	0
Ostéotomie de dent incluse 312410 – 312421	-788	-788	0
ECG (475075-475086)	-2.210	-2.157	-53
Immunohistochimie (588070-558081)	-1.031	-1.006	-25
Polysomnographie ambulatoire (477374 et 478133)	-1.603	-1.602	-1
Prestations spéciales	-6.732	-6.653	-79
Forfaitisation de l'extraction extracapsulaire de la cataracte – 246595-246606, 246676-246680, 346912-246923, 246934-246945	-15.003	-15.003	0
Prothèse du genou (290194-290205, 290253-290264, 290275-290286)	-2.393	-155	-2.238
Chirurgie du dos (art. 14 <i>n</i>) + 589676-589680 et 589890-589901)	-3.903	-3.903	0
Tympanoscopie (258812-258823)	-1.384	-1.376	-8
Chirurgie	-22.683	-20.437	-2.246
Aide opératoire - prestations spéciales	-1.777	-1.775	-2
Aide opératoire - chirurgie	-12.253	-10.731	-1.522
Aide opératoire - gynécologie	-1.013	-814	-199
Prestations spéciales - Chirurgie - Gynécologie	-15.043	-13.320	-1.723
Surveillance honoraire hôpital de jour (597273 et 597295)	-3.803	-3.803	0
Surveillance	-3.803	-3.803	0
Réduction marge positive de 3%	44.184	44.184	0
Financement complémentaire des hôpitaux	44.184	44.184	0
Centres de traumatologie majeure	-1.856	-1.856	
Revalidation pulmonaire multidisciplinaire	-3.092	-3.092	
Non réparti	-4.948	-4.948	0
Marge	1.194	1.194	0
Non réparti	1.194	1.194	0
Total honoraires médicaux	-145.600	-140.556	-5.044
Dialyse	-4.400	-4.400	0
<i>Total valeur lettre-clé - non application</i>	-89.693	-84.650	-5.043
Total AR	-57.101	-57.100	-1
Total	-146.794	-141.750	-5.044
Marge	1.194		