

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2024/000951]

NATIONAAL AKKORD ARTSEN - ZIEKENFONDSEN 2024-2025
Ministeraad 26 januari 2024
NOTIFICATIE PUNT 27

BETREFT : MINISTER VAN SOCIALE ZAKEN

Goedkeuring van het nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen 2024-2025, in uitvoering van het artikel 51, § 1, 3^{de} lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

NOTIFICATIE : Met dien verstande dat rekening zal worden gehouden met de brief van 25 januari 2024 van de Staatssecretaris voor Begroting, wordt het voorstel, vervat in punt 9 van de nota van 25 januari 2024, goedgekeurd.

De Secretaris van de Raad,
R. LECOK

Nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen 2024-2025. — Ministerraad van 26 januari 2024. — Goedkeuring van de nationale overeenkomst met de artsen en de verzekeringsinstellingen, 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

Krachtens de artikelen 26, 50 en 51 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, heeft de Nationale commissie artsen-ziekenfondsen (hierna NCAZ) onder het voorzitterschap van de heer Johan DE COCK op 19 december 2023 het navolgende akkoord gesloten voor de jaren 2024 en 2025.

1. INLEIDING

Dit akkoord sluit aan bij de prioritaire doelstellingen die in het kader van het beleid inzake gezondheidszorg werden bepaald en hanteert de 'quintuple aim' principes hierbij als kompas.

De afspraken die door de NCAZ in dit akkoord worden gemaakt hebben betrekking op het verbeteren van de gezondheidstoestand van de bevolking – van jong tot oud -, het verbeteren van de zorg zoals die door de patiënt wordt ervaren – met een verbeterde levenskwaliteit tot gevolg -, het realiseren van meerwaarde op het vlak van de gezondheid via een gepaste inzet van middelen – de juiste, passende en zinnige zorg, op de juiste plaats -, het verzekeren van de toegankelijkheid en sociale rechtvaardigheid – ter bescherming van de meest kwetsbaren -, en het waarborgen voor de zorgprofessionals van een goed en duurzaam werkklimaat door het geven van een gevoel van zingeving binnen het uitvoeren van de job – een belangrijke motivator voor het verlenen van goede en continue zorg.

Het akkoord voorziet in al deze domeinen in concrete initiatieven en probeert stapsgewijs bij te dragen tot de noodzakelijke evolutie van het gezondheidssysteem die nodig is om de socio-economische en demografische uitdagingen van de toekomst het hoofd te kunnen bieden. Hierbij moet de patiënt meer centraal staan dan het budget. Het is de verantwoordelijkheid van de NCAZ om met alle zorgverleners samen te werken aan de innovatie van de zorg in al zijn dimensies, rekening houdend met de gezondheidszorgdoelstellingen die werden geformuleerd en de middelen die ter beschikking werden gesteld door de Algemene raad.

Concreet wordt in dit akkoord ingezet op een aantal belangrijke topics zoals het verbeteren van het gezondheidsaanbod voor patiënten die kampen met psychische problemen, de ondersteuning van patiënten en mantelzorgers in het kader van de end of lifezorg, een betere toegang voor jongeren met bepaalde aandoeningen (oftalmologie, psychiatrie).

Dit akkoord bouwt ook verder op de engagementen die in het Nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen 2022-2023 werden genomen, zoals het meerjarentraject voor de herwaardering van de verstrekkingen bij rechtstreekse patiëntencontacten. Hierdoor worden de verbintenissen uit het vorig akkoord gerespecteerd.

Verder wordt op verschillende domeinen ook aandacht besteed aan samenwerking en multidisciplinaire zorg.

In het akkoord wordt aangekondigd dat een grondige hervorming van de financiering van de wachtdiensten van de huisartsen zal worden voorbereid. Een eerste stap hiertoe is de aanzienlijke verhoging van de

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

[C – 2024/000951]

ACCORD NATIONAL MEDICO-MUTUALISTE 2024-2025
Conseil des Ministres 26 janvier 2024
NOTIFICATION POINT 27

CONCERNE : MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES

Approbation de l'accord national médico-mutualiste 2024-2025, en exécution de l'article 51, § 1^{er}, alinéa 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

NOTIFICATION : Etant entendu que l'on tiendra compte de la lettre du 25 janvier 2024 de la Secrétaire d'Etat au Budget, la proposition, contenue au point 9 de la note du 25 janvier 2024, est approuvée.

Le Secrétaire du Conseil,
R. LECOK

Accord national médico-mutualiste 2024-2025. — Conseil des ministres du 26 janvier 2024. — Approbation de la convention nationale avec les médecins et les organismes assureurs, en exécution de l'article 51, § 1er, alinéa 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

En vertu des articles 26, 50 et 51 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, la Commission nationale médico-mutualiste (ci-après CNMM), sous la présidence de M. Johan DE COCK, a conclu le 19 décembre 2023 l'accord suivant pour les années 2024 et 2025.

1. INTRODUCTION

Le présent accord rejoint les objectifs prioritaires fixés dans le cadre de la politique des soins de santé et utilise les principes du « quintuple aim » comme boussole.

Les accords conclus par la CNMM dans le cadre du présent accord visent à améliorer l'état de santé de la population - jeune ou âgée -, à améliorer les soins tels que perçus par les patients - avec une meilleure qualité de vie comme conséquence -, à réaliser une plus-value en matière de santé via une affectation appropriée des moyens - des soins adéquats, appropriés et pertinents aux bons endroits -, à garantir l'accessibilité et la justice sociale - en vue de protéger les personnes les plus vulnérables - et à garantir un climat de travail correct et durable pour les professionnels de la santé en donnant un sens à l'accomplissement du travail - un facteur de motivation important pour dispenser en permanence des soins de qualité.

L'accord prévoit des initiatives concrètes dans tous ces domaines et tente peu à peu de contribuer à l'évolution nécessaire du système des soins de santé afin de pouvoir relever les défis socioéconomiques et démographiques de l'avenir. Le patient doit à cet égard être plus au centre de nos préoccupations que le budget. Il appartient à la CNMM de travailler avec tous les dispensateurs de soins à l'innovation des soins, dans tous leurs aspects, en tenant compte des objectifs de soins de santé formulés et des ressources mises à disposition par le Conseil général.

Concrètement, le présent accord se concentre sur un certain nombre de thèmes majeurs tels que l'amélioration de l'offre de soins pour les patients souffrant de problèmes psychiques, le soutien aux patients et à leurs aidants proches dans le cadre des soins de fin de vie, un meilleur accès aux soins pour les jeunes souffrant de certaines pathologies (oftalmologie, psychiatrie).

Le présent accord poursuit en outre les engagements pris dans l'Accord national médico-mutualiste 2022-2023, tels que la trajectoire pluriannuelle pour la revalorisation des prestations dispensées dans le cadre des contacts au chevet des patients. On respecte ainsi les engagements de l'accord précédent.

En plus, une attention est également portée à la collaboration et aux soins multidisciplinaires dans divers domaines.

L'accord annonce qu'une réforme en profondeur du financement des services de garde des médecins généralistes sera préparée. Un premier pas dans cette direction est l'augmentation significative des honoraires

beschikbaarheidshonoraria tijdens het weekend en op feestdagen. De wachtdiensten (out of hours care) worden door vele artsen als een steeds toenemende belasting ervaren mede door het dalend aantal huisartsen en de veranderende gezinssituatie.

Een belangrijk pakket middelen (16,7 mio EUR) wordt tevens voorzien voor de ondersteuning van de huisartsenpraktijken buiten de middelen die reeds werden voorzien voor de New Deal.

Ook de toegankelijkheid van de zorg vormt een belangrijk element in dit akkoord. De NCAZ heeft tijdens de loop van het akkoord 2022-2023 kennis genomen van de artikelen 22 tot 24 van de wet van 29 november 2022 waarbij een verbod wordt ingesteld op ereloonsupplementen die aan rechthebbenden met een verhoogde tegemoetkoming worden aangerekend bij het verstrekken van ambulante zorg. De NCAZ heeft kennis genomen van het voornemen van de regering om tijdens de loop van dit akkoord een eerste stap te zetten met betrekking tot de inwerkingtreding van deze bepaling.

De NCAZ zal ook verdere stappen zetten op het vlak van de doelmatige aanwending van de middelen. Hiertoe zullen binnen de begrotingsdoelstelling bepaalde verschuivingen worden doorgevoerd. De aldus vrijgemaakte middelen zullen worden aangewend voor de financiering van nieuwe initiatieven en herwaarderingen die in de schoot van de NCAZ worden afgesproken.

Het akkoord kan ook niet los gezien worden van de ruimere hervormingsagenda in de gezondheidszorg zoals de herziening van de nomenclatuur, de hervorming van de financiering van de ziekenhuissector, de ontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg, de New Deal op het vlak van financiering van huisartspraktijken.

De looptijd van dit akkoord bedraagt twee jaar. In deze periode worden parlementaire verkiezingen georganiseerd en treedt een nieuwe regering aan. De NCAZ wenst dat in de betrokken periode de nodige waarborgen worden voorzien om de goede en integrale uitvoering van het akkoord te verzekeren.

2. FINANCIËEL KADER

2.1. Partiële begrotingsdoelstelling

De globale financiële massa waarop dit akkoord voor het jaar 2024 betrekking heeft, bedraagt 11.788.664 duizend EUR, opgesplitst als volgt:

- de partiële begrotingsdoelstelling voor de honoraria van de artsen bedraagt 10.803.452 duizend EUR voor het jaar 2024.

Ten opzichte van de partiële begrotingsdoelstelling die voor het jaar 2023 werd vastgesteld, betekent dit een groei van 7,6 %;

- de honoraria voor dialyse in het ziekenhuis, in een centrum of thuis bedragen 569.361 duizend EUR. Ten opzichte van 2023 betekent dit een groei van 6,5 %;

- de honoraria die betrekking hebben op de verstrekkingen van de artsen verleend in het kader van de laagvariabele zorg bedragen 415.851 duizend EUR voor het jaar 2024. Ten opzichte van 2023 betekent dit een groei van 5,4 %.

2.2. Indexering van de honoraria

De indexmassa van de honoraria voor het jaar 2024 bedraagt 697.792 duizend EUR, dat is een stijging ten opzichte van 2023 met 6,05 %.

In de in punt 2.1. voorziene middelen is voor 2024 een indexmassa voorzien van:

- 641.225 duizend EUR in de partiële begrotingsdoelstelling ;

- 32.843 duizend EUR met betrekking tot de honoraria voor dialyse;

- 23.724 duizend EUR met betrekking tot de honoraria laagvariabele zorg voor de verstrekkingen van de artsen.

In afwachting van de uitvoering van artikel 22 van de wet van 6 november 2023 houdende diverse bepalingen inzake de gezondheidszorg wordt de indexering van volgende honoraria, voor het jaar 2024, bepaald via koninklijke besluiten of overeenkomsten:

- de forfaitaire honoraria per voorschrift in de klinische biologie;
- de honoraria in de overeenkomsten met betrekking tot borstreconstructie en complexe chirurgie;
- de honoraria voor genetic counseling en zorgtrajecten;
- de honoraria betreffende de beschikbaarheidshonoraria en het medisch advies bij palliatieve patiënten;
- de premies voorzien in de New Deal voor huisartsen met betrekking tot de praktijkverpleegkundige en het praktijkmanagement.

Het betreft een bedrag van 31.452 duizend EUR.

de disponibilité pendant le week-end et les jours fériés. De nombreux médecins considèrent les gardes (out of hours care) comme une charge croissante, en partie à cause du nombre réduit de médecins généralistes et de l'évolution de la situation familiale.

Un important paquet de moyens (16,7 millions d'EUR) sont également réservés pour soutenir les pratiques de médecine générale au-delà des moyens déjà prévus pour le New Deal.

L'accessibilité des soins est aussi un élément important du présent accord. Dans le courant de l'accord 2022-2023, la CNMM a pris connaissance des articles 22 à 24 de la loi du 29 novembre 2022 interdisant la facturation de suppléments d'honoraires pour des soins ambulatoires aux bénéficiaires de l'intervention majorée. La CNMM a pris note de l'intention du gouvernement d'entreprendre, au cours du présent accord, une première démarche en vue de l'entrée en vigueur de cette disposition.

La CNMM entreprendra en outre d'autres démarches sur le plan de l'affectation efficace des moyens. Pour ce faire, des glissements seront opérés au sein de l'objectif budgétaire. Les moyens ainsi libérés serviront à financer de nouvelles initiatives et revalorisations convenues au sein de la CNMM.

L'accord ne peut pas non plus être dissocié du programme plus large de réforme des soins de santé, comme la révision de la nomenclature, la réforme du financement du secteur hospitalier, le développement des soins de santé mentale, le New Deal concernant le financement des pratiques de médecine générale.

Le présent accord a une durée de deux ans. Au cours de cette période, des élections législatives seront organisées et un nouveau gouvernement entrera en fonction. La CNMM souhaite que les garanties nécessaires soient mises en place pendant la période concernée afin de garantir la mise en œuvre correcte et complète de l'accord.

2. CADRE FINANCIER

2.1. Objectif budgétaire partiel

La masse financière globale sur laquelle porte le présent accord pour l'année 2024 s'élève à 11.788.664 milliers d'EUR, ventilés comme suit :

- l'objectif budgétaire partiel pour les honoraires des médecins est de 10 803 452 milliers d'EUR pour l'année 2024.

Par rapport à l'objectif budgétaire partiel qui a été fixé pour l'année 2023, cela correspond à une croissance de 7,6 % ;

- les honoraires pour la dialyse à l'hôpital, dans un centre ou à domicile s'élèvent à 569.361 milliers d'EUR. Cela représente une croissance de 6,5 % par rapport à 2023 ;

- les honoraires pour les prestations dispensées par les médecins dans le cadre des soins à basse variabilité s'élèvent à 415 851 milliers d'EUR pour l'année 2024. Cela représente une croissance de 5,4 % par rapport à 2023.

2.2. Indexation des honoraires

La masse d'indexation des honoraires pour l'année 2024 s'élève à 697 792 milliers d'EUR, soit une augmentation de 6,05 % par rapport à 2023.

Une masse d'indexation est prévue pour 2024 dans les moyens visés au point 2.1. :

- à concurrence de 641 225 milliers d'EUR dans l'objectif budgétaire partiel ;

- à concurrence de 32 843 milliers d'EUR pour les honoraires de dialyse ;

- à concurrence de 23 724 milliers d'EUR pour les honoraires des soins à basse variabilité pour les prestations des médecins.

En attendant l'exécution de l'article 22 de la loi du 6 novembre 2023 portant des dispositions diverses en matière de santé, l'indexation pour l'année 2024 des honoraires suivants est fixée au moyen d'arrêtés royaux ou de conventions :

- les honoraires forfaitaires par prescription de biologie clinique ;
- les honoraires dans les conventions qui concernent la reconstruction mammaire et la chirurgie complexe ;
- les honoraires pour les conseils génétiques et les trajets de soins ;
- les honoraires relatifs aux honoraires de disponibilité et à l'avis médical pour les patients palliatifs ;
- les primes prévues dans le New Deal pour les médecins généralistes en ce qui concerne l'infirmier de pratique et la gestion de la pratique.

Il s'agit d'un montant de 31 452 milliers d'EUR.

2.3 Doelmatige zorg

2.3.1. De afgelopen jaren werden verschillende initiatieven genomen en maatregelen uitgewerkt met betrekking tot de doelmatigheid van de zorg. Tevens werd tijdens de looptijd van het vorige akkoord een programma van transversale zorg uitgerold waarvan verschillende projecten met betrekking tot secundaire en tertiaire preventie door middel van zorgtrajecten, zorgpaden en geïntegreerde zorg werden gerealiseerd.

Door de Algemene Raad van het RIZIV werd beslist dat een gedeelte van de opbrengsten van de inspanningen terug in de sector kon worden geïnvesteerd. Op die manier komt vanaf 2024 een massa van 9.944 duizend EUR beschikbaar voor de sector van de medische honoraria.

De NCAZ wenst in de loop van dit akkoord haar inspanningen op het vlak van doelmatige zorg voort te zetten. Ze verbindt er zich toe om in de loop van het akkoord op dit vlak maatregelen te nemen ten belope van minstens 25 mio EUR, onder de uitdrukkelijke garantie van de Algemene Raad om deze middelen integraal en onmiddellijk aan te wenden in de sector van de medische honoraria. De betrokken middelen zullen onder meer worden bestemd voor de verdere herwaardering van bepaalde honoraria die vóór 30 juni 2024 zullen worden vastgesteld in onderling overleg.

2.3.2. De NCAZ zal op basis van de permanente audit van het RIZIV nauwgezet opvolgen of de geraamde budgettaire middelen van nomenclatuuraanpassingen en andere herwaarderingen overeenstemmen met de reële uitgaven. Zij vraagt ook om bij de permanente audit extra aandacht te besteden aan outliers.

2.4. Budget klinische biologie

In punt 3.4.5.1 van het nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen 2022-2023 werd overeengekomen om een herschikking door te voeren van de middelen die aan het budget klinische biologie worden toegewezen. Op basis van analyses werd vastgesteld dat een gedeelte van de betrokken middelen wordt aangewend voor de dekking van kosten die niet met de klinische biologie verband houden.

In overleg met alle stakeholders werd beslist om de betrokken honorariumbedragen binnen de sector van de medische honoraria te reëffecteren. Deze middelen zijn bestemd voor de financiering van de New Deal voor huisartsen en voor de herijking van de honoraria in het kader van de hervorming van de nomenclatuur. Op basis van een herberekening kan een bijkomend bedrag van 8.168 duizend EUR aan de sector van de medische honoraria worden toegewezen. Buiten de middelen bestemd voor de New Deal 24.392 duizend EUR beschikt de NCAZ derhalve buiten de indexmassa over een bijkomend bedrag van 32.560 duizend EUR. De 15% besparing op klinische biologie zal verlopen via een aanpassing van de sleutelletterwaarde.

2.5. Nog beschikbare en bijkomende enveloppes

Een aantal middelen die in het akkoord artsen-ziekenfondsen 2022-2023 werden voorzien werden tot nog toe niet besteed. Het gaat om middelen inzake de versterking van de ondersteuning van de huisartsenpraktijk (buiten New Deal) en inzake bijzondere zorgnoden voor de patiënt. Het betreft hier een bedrag van 19.772 duizend EUR.

Teneinde het proces te faciliteren met betrekking tot de modaliteiten van de inwerkingtreding van de wettelijke bepalingen inzake het verbod op ereloonsupplementen voor rechthebbenden op een verhoogde tegemoetkoming werd door de Algemene Raad van het RIZIV beslist om 10.000 duizend EUR vrij te maken.

Tevens werd door de Algemene Raad een budget van 9.038 duizend EUR voorzien dat moet bestemd worden voor artsen in opleiding.

2.6. Samengevat wordt in dit akkoord een bedrag van 776.120 duizend EUR verdeeld in de sector van de medische honoraria. Deze verdeling wordt toegelicht in punt 3.

3. BESTEMMING VAN DE MIDDELEN

3.1. Indexering van de honoraria

Vanaf 1 januari 2024 worden de medische honoraria lineair geïndexeerd met 6,05 %.

3.2. Reële herwaardering van de honoraria

3.2.1. In punt 2.8.1 van het Nationaal Akkoord Artsen-Ziekenfondsen 2022-2023 werd het volgende overeengekomen: "De NCAZ zal, in het kader van het aangekondigde meerjarenbudget, vanaf 2023 een stapsgewijze herwaardering van de raadplegingen doorvoeren. Door deze herwaardering zullen tegen eind 2024 de tarieven van de raadplegingen van geaccrediteerde huisartsen en artsen-specialisten, met inbegrip van de spoedraadplegingen, op minstens 30 EUR worden gebracht. Deze aanpassing vergt een jaarlijkse inspanning in reële termen van 2,5 % voor de betrokken verstrekkingen. Tevens zal een parallelle aanpassing van de andere tarieven voor raadplegingen worden gerealiseerd."

Concreet werd in 2023 met het oog op de uitvoering van deze verbintenis de honoraria voor alle raadplegingen met 0,81 EUR in reële termen verhoogd.

2.3. Soins efficaces

2.3.1. Ces dernières années, différentes initiatives ont vu le jour et des mesures ont été élaborées en ce qui concerne l'efficacité des soins. Parallèlement, un programme de soins transversaux a été mis en œuvre au cours de l'accord précédent. Différents projets issus de ce programme et ayant trait à la prévention secondaire et tertiaire ont été réalisés au moyen de trajets de soins, de parcours de soins et de soins intégrés.

Le Conseil général de l'INAMI a décidé qu'une partie des recettes découlant de ces efforts pouvait être réinvestie dans le secteur. Ainsi, une masse de 9 944 milliers d'EUR est disponible à partir de 2024 pour le secteur des honoraires médicaux.

La CNMM souhaite poursuivre ses efforts en matière de soins efficaces tout au long du présent accord. Elle s'engage à cet égard à prendre des mesures, pendant la durée de l'accord, à concurrence d'au moins 25 millions d'EUR, à condition de recevoir la garantie formelle du Conseil général que ces moyens pourront intégralement et immédiatement être affectés au secteur des honoraires médicaux. Les moyens en question seront entre autres utilisés à une revalorisation de certains honoraires qui seront fixés de commun accord avant le 30 juin 2024.

2.3.2 Sur la base de l'audit permanent de l'INAMI, la CNMM contrôlera de près si les ressources budgétaires estimées pour les modifications de la nomenclature et les autres revalorisations, correspondent aux dépenses réelles. Elle demande également qu'une attention particulière soit portée aux « outliers » lors de l'audit permanent.

2.4. Budget biologie clinique

Selon le point 3.4.5.1. de l'Accord national médico-mutualiste 2022-2023, il a été convenu de procéder à une réévaluation des moyens attribués au budget de biologie clinique. Certaines analyses ont permis de constater qu'une partie des moyens concernés est utilisée pour couvrir des coûts qui n'ont aucun rapport avec la biologie clinique.

En concertation avec toutes les parties prenantes, il a été décidé de réaffecter les montants des honoraires concernés dans le secteur des honoraires médicaux. Ces moyens sont destinés au financement du New Deal pour les médecins généralistes et à la revalorisation des honoraires dans le cadre de la réforme de la nomenclature. Sur la base d'un nouveau calcul, un montant supplémentaire de 8 168 milliers d'EUR peut être octroyé au secteur des honoraires médicaux. Outre les moyens destinés au New Deal - 24 392 milliers d'EUR - la CNMM dispose par conséquent, en dehors de la masse d'indexation, d'un montant supplémentaire de 32 560 milliers d'EUR. Les 15% d'économie en biologie clinique seront réalisés grâce à un ajustement de la valeur de la lettre-clé.

2.5. Enveloppes encore disponibles et supplémentaires

Certains moyens qui étaient prévus dans l'Accord médico-mutualiste 2022-2023 n'ont à l'heure actuelle pas encore été utilisés. Il s'agit de moyens pour renforcer le soutien à la pratique de médecine générale (en dehors du New Deal) et pour répondre aux besoins de soins particuliers des patients. Le montant concerné s'élève ici à 19 772 milliers d'EUR.

Afin de faciliter le processus relatif aux modalités d'entrée en vigueur des dispositions légales portant sur l'interdiction de suppléments d'honoraires pour les bénéficiaires de l'intervention majorée, le Conseil général de l'INAMI a décidé de libérer un montant de 10 000 milliers d'EUR.

Parallèlement, le Conseil général a également prévu un budget de 9 038 milliers d'EUR qui doit être destiné aux médecins en formation.

2.6. En résumé, le présent accord prévoit un montant de 776 120 milliers d'EUR qui est ventilé dans le secteur des honoraires médicaux. Cette ventilation est précisée au point 3.

3. AFFECTATION DES MOYENS

3.1. Indexation des honoraires

À partir du 1^{er} janvier 2024, les honoraires médicaux seront indexés linéairement de 6,05 %

3.2. Revalorisation réelle des honoraires

3.2.1. Le point 2.8.1. de l'Accord national médico-mutualiste 2022-2023 prévoit ce qui suit : « La CNMM procédera, dans le cadre du budget pluriannuel annoncé à partir de 2023, à une revalorisation par étapes des consultations. Cette revalorisation portera d'ici fin 2024 les tarifs des consultations des médecins généralistes accrédités et des médecins spécialistes accrédités, y compris les consultations des urgences, à au minimum 30 EUR. Cette adaptation nécessitera un effort annuel en termes réels de 2,5 % pour les prestations en question. Un ajustement parallèle des autres tarifs pour les consultations sera également effectué ».

Concrètement, en 2023, en vue de l'exécution de cet engagement, les honoraires pour toutes les consultations ont été augmentés en termes réels de 0,81 EUR.

Voor sommige raadplegingen werd eveneens in 2023 een extra bedrag van 1 EUR per raadpleging toegekend.

Vanaf 1 januari 2024 wordt verzekerd dat alle raadplegingen ten opzichte van 2022 worden opgetrokken met minstens 2,50 % in reële termen. Dit vergt een extra kost van 1,8 mio EUR in 2024.

De globale financiële investering om alle raadplegingen in de periode 2022-2024 met 2,5% te herwaarderen heeft betrekking op een bedrag van 59,3 mio EUR.

3.2.2. In 2024 wenst de NCAZ bovendien ook in een aantal specifieke domeinen met bijzondere zorgnoden een extra verhoging van de honoraria door te voeren.

3.2.2.1. Huisartsen

3.2.2.1.1. Artikel 23 van de wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg voorziet in de creatie van functionele samenwerkingsverbanden van huisartsenwachtposten. Bij wet van 18 mei 2022 houdende dringende diverse bepalingen inzake de gezondheid werd voorzien dat de modaliteiten waaronder een financiering wordt verleend aan de erkende functionele samenwerkingsverbanden bij K.B. worden vastgesteld. Dit K.B. dat het voorwerp uitmaakt van besprekingen met de betrokken actoren zal op 1 januari 2025 in werking treden. Hierbij wordt in de begroting voorzien in een verhoging van de budgettaire middelen met 25 %.

3.2.2.1.2. Naast de goede organisatie van de wachtdiensten en wachtposten is het ook noodzakelijk om de vergoeding voor de beschikbaarheid tijdens de wachturen aan te passen. Momenteel bedraagt het beschikbaarheidshonorarium 7,60 EUR per uur. Als eerste stap in een hervorming van de financiering van de wachtdiensten voor huisartsen en specialisten voorziet dit akkoord in een verhoging van het beschikbaarheidshonorarium voor huisartsen tijdens het weekenden op feestdagen met 7,6 EUR/uur.

Gelet op de inwerkingtreding van de operationele samenwerkingsverbanden van huisartsenwachtposten herhaalt de NCAZ met aandrang haar oproep aan de bevoegde autoriteiten om in te zetten op een sluitende zorgtriage voor eerste lijnszorg via het systeem 1733. De NCAZ herinnert eraan dat de effectieve operationaliteit op het hele Belgische grondgebied van het triagesysteem gekoppeld aan het nieuwe oproepnummer 1733 een absolute voorwaarde is voor de implementatie van toekomstige functionele samenwerkingsverbanden.

De NCAZ is tevens van mening dat er een diepgaande hervorming moet worden doorgevoerd van de vergoeding van de artsen tijdens de georganiseerde wachtdiensten. In dit kader zal ook de permanentietoelag aangerekend voor raadplegingen tussen 18 en 21 uur (code 101113) worden herzien. Hiertoe wordt een werkgroep opgericht die tegen 30 juni 2024 concrete voorstellen zal ontwikkelen.

3.2.2.1.3. Permanentietoelag

Conform de afspraken in het kader van de projecten appropriate care wordt de voorlopige vermindering van het bedrag van de permanentietoelag (code 101113) stopgezet. Het actuele bedrag van de toeslag wordt met 0,33 EUR verhoogd vanaf 1 januari 2024.

3.2.2.2. Specialisten

Wat de specialisten betreft wordt, naast een aantal specifieke domeinen, in hoofdzaak ingezet op raadplegingen in verschillende domeinen: kinderspsychiatrie, kinderoftalmologie, infectiologie en geriatrie.

3.2.2.2.1. Kinderpsychiatrie

Inzake kinderspsychiatrie wordt overeengekomen om een vergoeding te voorzien voor de activiteiten zonder patiëntencontact, onder meer met betrekking tot het opstellen van een dossier, het invullen van bijzondere attesten en aanvragen of het contacteren van bevoegde zorginstanties.

Aan de TGR zal ook gevraagd worden om de nomenclatuebepalingen over groepstherapie te herzien met het oog op een aanpassing en vereenvoudiging van de gestelde voorwaarden.

3.2.2.2.2. Kinderoftalmologie

Er wordt overeengekomen om, vanaf 1 januari 2024, het honorarium van verstrekking 106492 (toeslag oftalmologie voor kinderen jonger dan zeven jaar) van 5,78 EUR met 5 EUR te verhogen.

3.2.2.2.3. Infectiologie en medische microbiologie

Er wordt overeengekomen om een honorarium in te voeren voor het onderzoek van een in het ziekenhuis opgenomen patiënt door een arts-specialist met bijzondere beroepstitel klinische infectiologie en medische microbiologie à rato van respectievelijk 60 % en 40% van de voorziene middelen.

3.2.2.2.4. Geriatrie

Er wordt overeengekomen om, vanaf 1 januari 2024, het honorarium van verstrekking 102233 (pluridisciplinaire geriatrie evaluatie door de arts specialist in de geriatrie, met verslag aan de voorschrijvende huisarts) op te trekken van 127,73 naar 151,5 EUR.

Pour certaines consultations, un montant supplémentaire de 1 EUR par consultation a été également octroyé en 2023.

Il est assuré, qu'à partir du 1^{er} janvier 2024, toutes les consultations seront augmentées d'au moins 2,5 % en termes réels par rapport à 2022. Cela nécessite un coût supplémentaire de 1,8 millions d'EUR en 2024.

L'investissement financier global pour revaloriser toutes les consultations au cours de la période 2022-2024 de 2,5% concerne un montant de 59,3 millions d'euros.

3.2.2. En 2024, la CNMM souhaite également procéder à une augmentation supplémentaire des honoraires dans un certain nombre de domaines caractérisés par des besoins de soins particuliers.

3.2.2.1. Médecins généralistes

3.2.2.1.1. L'article 23 de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé prévoit la création de coopérations fonctionnelles de postes de garde de médecine générale. La loi du 18 mai 2022 portant des dispositions diverses urgentes en matière de santé prévoit que les modalités dans lesquelles un financement est octroyé aux coopérations fonctionnelles agréées sont fixées par AR. Cet AR, qui fait l'objet de discussions avec les acteurs concernés, entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2025. Le budget prévoit une augmentation des moyens budgétaires de 25%.

3.2.2.1.2. Outre la bonne organisation des services et des postes de garde, il est aussi nécessaire d'adapter les honoraires de disponibilité pendant les heures de garde. Pour le moment, les honoraires de disponibilité s'élèvent à 7,60 EUR par heure. Comme première étape de la réforme du financement des services de garde pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes, le présent accord prévoit une augmentation des honoraires de disponibilité des médecins généralistes pendant les week-ends et les jours fériés d'un montant de 7,6 EUR/heure.

En vue de l'entrée en vigueur des coopérations fonctionnelles des postes de garde en médecine générale, la CNMM réitère instamment sa demande aux autorités compétentes d'investir dans un triage cohérent pour les soins de première ligne via le système 1733. La CNMM rappelle que l'opérationnalité effective sur tout le territoire belge du système de triage lié au nouveau numéro d'appel 1733 est une condition absolue pour la mise en œuvre de futures coopérations fonctionnelles.

La CNMM estime en outre qu'il convient de procéder à une réforme en profondeur de la rétribution des médecins pendant les services de garde organisés. Dans ce cadre, le supplément de permanence porté en compte pour les consultations effectuées entre 18 et 21h (code 101113), sera également revu. Un groupe de travail sera constitué à cet effet et élaborera des propositions concrètes d'ici le 30 juin 2024.

3.2.2.1.3. Suppléments de permanence

Conformément aux accords conclus dans le cadre des projets « appropriate care », il est mis fin à la diminution provisoire du montant du supplément de permanence (code 101113). Le montant actuel du supplément sera augmenté de 0,33 EUR à partir du 1^{er} janvier 2024.

3.2.2.2. Médecins spécialistes

En ce qui concerne les médecins spécialistes, outre certains domaines spécifiques, les consultations dans différents domaines sont principalement ciblées : pédopsychiatrie, ophtalmologie pédiatrique, infectiologie et gériatrie.

3.2.2.2.1. Pédopsychiatrie

Concernant la pédopsychiatrie, il est convenu de prévoir un remboursement pour les activités sans contact patient, entre autres pour l'établissement d'un dossier, pour les tâches nécessaires pour remplir des attestations et demandes spécifiques ou pour la prise de contact avec les organisations de soins compétentes.

Il sera également demandé au CTM de revoir les dispositions de la nomenclature relatives aux thérapies de groupe en vue d'adapter et de simplifier les conditions y afférentes.

3.2.2.2.2. Ophtalmologie pédiatrique

Il est convenu d'augmenter, à compter du 1^{er} janvier 2024, les honoraires de la prestation 106492 (supplément ophtalmologie pour les enfants de moins de sept ans) de 5,78 EUR, de 5 EUR.

3.2.2.2.3. Infectiologie et microbiologie médicale

Il est convenu d'introduire des honoraires pour l'examen d'un patient hospitalisé par un médecin spécialiste porteur d'un titre professionnel particulier en infectiologie clinique et microbiologie médicale au prorata de respectivement 60 % et 40 % des ressources fournies.

3.2.2.2.4. Gériatrie

Il est convenu qu'à partir du 1^{er} janvier 2024, les honoraires pour la prestation 102233 (évaluation gériatrique pluridisciplinaire par le médecin spécialiste en gériatrie, avec rapport au médecin généraliste prescripteur) seront portés de 127,73 EUR à 151,5 EUR.

3.2.2.2.5 Heelkunde

Er wordt overeengekomen om, vanaf 1 februari 2024, de honoraria voor heelkundige verstrekkingen en de daarbij horende anesthesiologische verstrekkingen met een waarde tussen K120 en K400 op te trekken met 5 EUR per verstrekking.

3.2.2.2.6 Klinische biologie

Met het oog op de vroegdetectie van microalbuminurie bij risicopatiënten op nierinsufficiëntie wordt voorgesteld om het toepassingsgebied van de verstrekking 543712-543723 niet enkel te beperken tot diabetische patiënten uit deze groep maar het uit te breiden tot de groep van hoogrisicopatiënten (arteriële hypertensie, cardiovasculaire events, eerstegraadsverwanten van patiënten met niervervangende therapie).

3.2.2.2.7. Andere herwaarderingen voor artsen-specialisten

De raadplegingen 102550, 102675, 102690, 102712, 103471, 102653, 102874, 102911, 102292, 102336, 102373, 106396 worden vanaf 1 januari 2024 verhoogd met 1 EUR.

De beschikbaarheidshonoraria van de artsen-specialisten worden vanaf 1 januari 2024 verhoogd met 1,09 EUR per uur en in de loop van de volgende jaren verhoogd in functie van de beschikbare middelen.

3.3. Andere initiatieven

3.3.1. Huisartsen

3.3.1.1. End of life

Op 1 november 2022 werd een verstrekking inzake Advanced Care Planning (verstrekking 103692) ingevoerd.

In het recente gepubliceerde rapport 367 van het KCE "Palliatieve zorg: hoe financiële ondersteuning aanpassen aan de noden van de patiënt? Een verkennende studie" wordt aanbevolen "om een financieringswijze te bepalen voor de tijd van de verstrekkers die holistische beoordelingen moeten uitvoeren. Deze beoordelingen zijn nodig om de noden en voorkeuren van de patiënten die palliatieve zorg nodig hebben te kennen en om hun zorgplan op te stellen."

Voorgesteld wordt om naast de reeds voorziene verstrekking voor de huisarts vanaf juli 2024 een maandelijks forfaitair bedrag van 10 EUR in te voeren voor een maximale periode van zes maanden. Dit bedrag honoreert de tijd van de huisarts voor de betrokkenheid bij het palliatief proces en voor de ondersteuning van de rechtstreeks betrokken mantelzorgers. Dit komt ook de kwaliteit van het leven van de betrokkenen ten goede.

Voortgaand op het voornoemde rapport van het KCE zullen tijdens de loop van het akkoord ook verbetervoorstellen worden besproken met betrekking tot de bestaande regeling van het palliatief statuut en zal worden nagegaan welke kwaliteitsindicatoren kunnen worden ingevoerd om de verleende palliatieve zorg te monitoren.

3.3.1.2. Ondersteuning van huisartspraktijken

Een performante praktijkorganisatie is een noodzaak met het oog op het ondersteunen van de kwaliteit en continuïteit van de geleverde zorg en het verzekeren van het welbevinden van de huisarts bij de uitoefening van het beroep.

Met dat doel is in 2024 een structureel bedrag voorzien van 16,7 mio EUR. Zonder afbreuk te doen aan de bevoegdheden van de gemeenschappen zal dit bedrag in 2024 worden ingezet voor de ondersteuning van praktijken onder twee vormen.

Eenzijds wordt een forfaitaire tussenkomst voor opleidings-, werkings- en infrastructuurkosten voorzien bij een eerste aanwerving in 2024 door een huisarts of door een huisartsenpraktijk van een personeelslid (administratief medewerker, praktijkassistent, praktijkverpleegkundige) die minstens 13 uur per week wordt tewerkgesteld. Deze opstartvergoeding dekt de kosten die met een eerste aanwerving gepaard gaan met uitsluiting van de personeelskosten.

Anderzijds wordt voor praktijken die reeds personeel tewerkstellen een forfaitaire tussenkomst voorzien voor praktijkmanagement. Deze tussenkomst is voorzien voor de organisatie van coördinatievergaderingen, beheer van personeel, ontwikkelen van zorgprotocollen.

Enkel praktijken die minstens 500 GMD's beheren of minstens 25.000 EUR aan prestaties aanrekenen aan de verplichte ziekteverzekering komen in aanmerking voor het bekomen van een tussenkomst voor eerste aanwerving.

Het bewijs van eerste aanwerving en tewerkstelling wordt geleverd op basis van een attest afgeleverd door een sociaal secretariaat of door een bevoegde overheidsdienst.

De forfaitaire tussenkomst voor opleidings-, werkings- en infrastructuurkosten is eenmalig en bedraagt maximaal 7.500 EUR, uitgaand van globaal aantal van 1000 aanwervingen.

De jaarlijkse forfaitaire tussenkomst voor praktijkmanagement is maximaal gelijk aan de kwartaalbedragen voorzien in het kader van de New Deal (1.794 EUR bij 1000 GMD, 2.392 EUR bij 1500 GMD en 3.588 EUR bij 2000 GMD).

3.2.2.2.5. Chirurgie

Il est convenu qu'à partir du 1^{er} février 2024, les honoraires pour les prestations chirurgicales et les prestations d'anesthésiologie y afférentes ayant une valeur comprise entre K120 et K400 seront augmentés de 5 EUR par prestation.

3.2.2.2.6. Biologie clinique

En vue du dépistage précoce de la microalbuminurie chez les patients présentant un risque d'insuffisance rénale, il est proposé de ne pas limiter le champ d'application de la prestation 543712-543723 aux seuls patients diabétiques de ce groupe mais de l'étendre au groupe des patients à haut risque (hypertension artérielle, événements cardiovasculaires, ascendants au premier degré des patients devant subir une thérapie de substitution rénale).

3.2.2.2.7. Autres revalorisations pour les médecins spécialistes

Les consultations 102550, 102675, 102690, 102712, 103471, 102653, 102874, 102911, 102292, 102336, 102373, 106396 seront augmentées de 1 EUR à partir du 1^{er} janvier 2024.

Les honoraires de disponibilité des médecins spécialistes seront augmentés de 1,09 EUR par heure à partir du 1^{er} janvier 2024 et seront augmentés au cours des prochaines années en fonction des moyens disponibles.

3.3. Autres initiatives

3.3.1. Médecins généralistes

3.3.1.1. Fin de vie

Une prestation « Advanced Care Planning » (prestation 103692) a été introduite au 1^{er} novembre 2022.

Le rapport 367 récemment publié du KCE « Soins palliatifs : comment adapter les soutiens financiers aux besoins des patients ? Une étude exploratoire », recommande de « définir un mode de financement du temps des prestataires qui doivent réaliser des évaluations holistiques. Ces évaluations sont nécessaires pour connaître les besoins et préférences des patients requérant des soins palliatifs et notamment établir leur plan de soins ».

Il est proposé d'introduire un montant forfaitaire mensuel de 10 EUR à partir de juillet 2024 pour une période maximale de six mois, en plus de la prestation déjà prévue pour le médecin généraliste. Ce montant rémunère le temps consacré par le médecin généraliste au processus palliatif et au soutien des aidants proches directement impliqués. Leur qualité de vie s'en trouve également améliorée.

Sur la base du rapport KCE précité, il sera également discuté, dans le courant de l'accord, de propositions visant à améliorer la réglementation actuelle du statut palliatif ainsi que d'indicateurs de qualité pouvant être instaurés pour surveiller les soins palliatifs prodigués.

3.3.1.2. Soutien aux pratiques de médecine générale

Une organisation performante de la pratique est nécessaire pour soutenir la qualité et la continuité des soins fournis et assurer le bien-être du médecin généraliste dans l'exercice de sa profession.

À cette fin, un montant structurel de 16,7 millions d'euros est prévu en 2024. Sans préjudice des compétences des communautés, ce montant sera utilisé en 2024 pour soutenir des pratiques sous deux formes.

D'une part, une intervention forfaitaire pour les coûts de formation, de fonctionnement et d'infrastructures est prévue pour un premier engagement en 2024 par un médecin généraliste ou par une pratique de médecine générale d'un membre du personnel (collaborateur administratif, assistant de pratique, infirmier de pratique) employé au moins 13 heures par semaine. Cette indemnité de démarrage couvre les coûts liés à un premier engagement, à l'exclusion des frais de personnel.

D'autre part, pour les pratiques qui emploient déjà du personnel, une intervention forfaitaire est prévue pour la gestion de la pratique. Cette intervention est prévue pour l'organisation de réunions de coordination, la gestion du personnel et l'élaboration de protocoles de soins.

Seules les pratiques qui gèrent au moins 500 DMG ou qui facturent au moins 25.000 euros de prestations à l'assurance obligatoire soins de santé peuvent bénéficier d'une intervention dans le cadre d'un premier engagement.

La preuve d'un premier engagement et de l'emploi est apportée sur la base d'une attestation délivrée par un secrétariat social ou par un service public compétent.

L'intervention forfaitaire dans les coûts de formation, de fonctionnement et d'infrastructure est une intervention unique qui s'élève à un maximum de 7500 euros dans l'hypothèse d'un nombre global de 1000 engagements.

L'intervention forfaitaire annuelle pour la gestion de la pratique est au maximum égale aux montants trimestriels prévus dans le cadre du New Deal (1794 euros pour 1000 DMG, 2392 euros pour 1500 DMG et 3588 euros pour 2000 DMG).

In de loop van het eerste kwartaal 2024 zal de NCAZ de nadere toekenningsvoorwaarden bepalen en de concrete procedure tot aanvraag vaststellen.

Parallel met deze maatregel acht de NCAZ het wenselijk dat door het RIZIV en de FOD Volksgezondheid een kadaster wordt ontwikkeld met betrekking tot de tewerkstelling van ondersteunend personeel in de huisartsenpraktijken.

Tenslotte zal met betrekking tot de inzet van verpleegkundigen in de huisartsenpraktijk overleg worden gepleegd tussen de vertegenwoordigers van de NCAZ en de overeenkomstencommissie met de verpleegkundigen.

3.3.1.3. Uitbreiding vergoeding GMD chronisch zieken

In 2024 zal een eerste stap worden gezet met betrekking tot de verruiming van de leeftijdsgroep die aanspraak kan maken op het GMD chronisch zieken. Hierbij wordt de vergoeding voor het beheer van het GMD voor de chronisch zieken in de leeftijdsklasse 0-30 jaar en + 85 jaar verhoogd met 20,83%.

3.3.2. Specialisten

3.3.2.1. Geestelijke gezondheidszorg

In 2023 werd in navolging van KCE rapport 338 een aanvang gemaakt met het optimaliseren van de somatische zorg van psychiatrische patiënten die in een psychiatrisch ziekenhuis verblijven. Hierbij werd door het KCE aanbevolen dat van iedere patiënt die wordt opgenomen in een psychiatrische setting een medische controle bij opname zou gebeuren en dat een behandel- en nazorgplan wordt opgesteld dat zowel de psychiatrische als de somatische zorg omvat.

In dit akkoord wordt voorzien dat deze aanpak zal worden verbreed tot de psychiatrische patiënten die in een PAAZ dienst van een algemeen ziekenhuis werden opgenomen.

Hierbij zal het somatisch assessment dat onder meer wordt uitgevoerd door een arts-specialist in de inwendige geneeskunde of één van zijn subdisciplines, een arts-specialist in de geriatrie of de neurologie onder dezelfde voorwaarden worden vergoed als de vergoeding voorzien in de psychiatrische ziekenhuizen.

In 2024 zal ook werk worden gemaakt van het ontwikkelen van een psychiatrisch liaison team in elk algemeen ziekenhuis. Dit team zal zich richten tot alle gehospitaliseerde patiënten op somatische diensten waar psychiatrische ondersteuning nodig is. Het belang hiervan zowel naar kwaliteit van de zorg toe als op zorgconomisch vlak werd aangetoond.

Tenslotte werd reeds in punt 3.2.2.2.1 vermeld dat ook inspanningen worden geleverd op het vlak van de kinderspsychiatrie.

3.3.2.2. Hangende dossiers Technische geneeskundige raad

Een aantal dossiers wordt binnenkort behandeld in de schoot van de Technische geneeskundige raad. Het gaat om technische aangelegenheden in verband met kinderoncologie (uitbreiding verstrekkingen 597273 en 597295), het permanentiehonorarium op de MIC-afdelingen voor risicozwangerschappen (uitbreiding van het aantal centra van 17 naar 19), de invoering van een honorarium uitvoering euthanasie, anesthesie bij NMR, screening HPV.

3.3.2.3. Nieuwe projecten met weerslag vanaf 2025

In de loop van het akkoord zullen ook een aantal nieuwe projecten worden uitgewerkt en geconcretiseerd.

3.3.2.3.1 Cholesteatoma

Cholesteatoma is een zeer ernstige vorm van chronische otitis. Recent werd een nieuwe operatietechniek ontwikkeld waardoor de kans op recidive van de aandoening drastisch wordt verminderd. De toepassing van deze techniek leidt tot een verbetering van de levenskwaliteit van de betrokkenen.

3.3.2.3.2 Pulmonaire revalidatie

In 2024 zal verder worden gewerkt aan de problematiek van de multidisciplinaire revalidatie ter voorkoming van ziekenhuisopnames. Hiertoe zal een werkgroep worden opgericht om in nauwe samenwerking met het College artsen-directeurs een concreet voorstel uit te werken.

3.3.2.3.3 Majeure traumacentra

Op basis van het KCE rapport 281 "Naar een geïntegreerd systeem voor ernstige trauma's" werd door de overheid, in samenwerking met vertegenwoordigers van verschillende beroeps- en wetenschappelijke verenigingen, een voorstel ontwikkeld om de zorg voor de traumapatiënten te structureren in geïntegreerde en hiërarchisch georganiseerde, geografische netwerken opgebouwd rond suprarregionale netwerken.

In het advies dat ter zake door de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen op 6 juli 2023 werd uitgebracht, werd gesteld dat "de normen voor het zorgprogramma majeur trauma de permanentie

Au cours du premier trimestre de 2024, la CNMM déterminera les autres conditions d'octroi et la procédure concrète de demande.

Parallèlement à cette mesure, la CNMM estime qu'il est souhaitable qu'un cadre soit développé par l'INAMI et le SPF Santé publique en ce qui concerne l'emploi de personnel de soutien dans les pratiques de médecine générale.

Enfin, en ce qui concerne le déploiement des infirmiers en médecine générale, une concertation aura lieu entre les représentants de la CNMM et la Commission de conventions avec les infirmiers.

3.3.1.3. Extension du remboursement du DMG pour les malades chroniques

En 2024, une première étape sera franchie vers l'élargissement de la tranche d'âge pouvant bénéficier du DMG pour les patients atteints de maladies chroniques. Le remboursement de la prise en charge du DMG pour les malades chroniques de la tranche d'âge 0-30 ans et + 85 ans sera majoré de 20,83%.

3.3.2. Médecins spécialistes

3.3.2.1. Soins de santé mentale

L'optimalisation des soins somatiques dispensés aux patients psychiatriques séjournant dans des hôpitaux psychiatriques a commencé en 2023, à la suite du rapport 338 du KCE. Le KCE recommande à cet égard que chaque patient admis dans un établissement psychiatrique fasse l'objet d'un examen médical 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 présent accord prévoit d'étendre cette approche aux patients psychiatriques admis dans un service de psychiatrie d'un hôpital général (SPHG).

Une évaluation somatique effectuée entre autres par un médecin spécialiste en médecine interne, ou l'une de ses sous-disciplines, un médecin spécialiste en gériatrie ou en neurologie sera remboursée aux mêmes conditions que pour le remboursement dans les hôpitaux psychiatriques.

En 2024, on œuvrera aussi à la mise en place d'une équipe de liaison psychiatrique dans chaque hôpital général. Cette équipe s'adressera à tous les patients hospitalisés dans un service somatique nécessitant un soutien psychiatrique. Son importance tant sur le plan de la qualité des soins que sur le plan économico-sanitaire a été démontrée.

Enfin, des efforts sont également déployés en pédopsychiatrie, comme déjà indiqué au point 3.2.2.2.1.

3.3.2.2. Dossiers pendants au Conseil technique médical

Un certain nombre de dossiers seront bientôt traités au Conseil technique médical. Il s'agit de matières techniques liées à l'oncologie pédiatrique (élargissement des prestations 597273 et 597295), aux honoraires de permanence dans les services MIC pour les grossesses à risque (extension du nombre de centres, de 17 à 19), à l'introduction d'honoraires pour la réalisation d'euthanasies, d'anesthésie dans le cadre d'une RMN, d'un dépistage du VPH.

3.3.2.3. Nouveaux projets ayant un impact à partir de 2025

Quelques nouveaux projets seront également élaborés et concrétisés dans le courant de l'accord.

3.3.2.3.1. Cholestéatome

Le cholestéatome est une forme très grave d'otite chronique. Une nouvelle technique chirurgicale a récemment été développée, qui réduit considérablement le risque de rechute. L'application de cette technique permet d'améliorer la qualité de vie des personnes concernées.

3.3.2.3.2. Rééducation pulmonaire

En 2024, on continuera à travailler à la problématique de la rééducation multidisciplinaire pour éviter des hospitalisations. Pour ce faire, un groupe de travail sera mis en place pour élaborer une proposition concrète en collaboration étroite avec le Collège des médecins-directeurs.

3.3.2.3.3. Centres majeurs de traumatologie

Sur la base du rapport 281 du KCE « Vers un système intégré de prise en charge des traumatismes graves », une proposition a été élaborée par l'autorité, en collaboration avec des représentants de diverses associations professionnelles et scientifiques, pour structurer les soins aux patients traumatisés dans des réseaux géographiques intégrés et hiérarchisés, construits autour de réseaux suprarégionaux.

L'avis émis à cet égard par le Conseil fédéral des établissements hospitaliers le 6 juillet 2023 précise que « les normes du programme principal de soins traumatologiques exigent la permanence de diverses

vereisen van verschillende disciplines. Bovendien zal voor die medische disciplines waarvoor geen permanentievergoeding bestaat een permanentievergoeding moeten worden voorzien. Door de Algemene Raad werd bij de vaststelling van de gezondheidszorgbegroting 2024 gevraagd hiermee rekening te houden bij het afsluiten van het akkoord.

3.3.2.3.4 De maatregelen vermeld in punt 3.3.1.1. en 3.3.2.3 hebben in 2025 een budgettaire impact van 12.500 duizend EUR. De NCAZ verbindt zich ertoe dit bedrag te compenseren via de indexmassa toegekend in 2025 en/of maatregelen met een gelijk budgettaire impact.

3.3.2.4. In het kader van het voorstel appropriate care voor de dialysehonoraria zal het bedrag van 2,3 mio EUR herinvesteerd worden in de dialyseovereenkomst voor de honoraria voor dialyse. Het federaal platform voor chronische nierinsufficiëntie heeft hiertoe volgend voorstel geformuleerd:

De volgende twee verstrekkingen voor de nefrologen worden opgenomen in de overeenkomst inzake nierdialyse:

a) Voor elke nieuwe patiënt die vanaf 2024 start met dialyse wordt een honorarium van 420 EUR voorzien teneinde de patiënt te informeren over de verschillende types dialyse en hem op te leiden voor het dialysetype van zijn keuze. Deze verstrekking kan 1X per nieuwe dialysepatiënt worden aangerekend

b) Voor alle patiënten in thuisdialyse (peritoneaal- en hemodialyse) wordt een honorarium voorzien van 1.435 EUR teneinde deze te informeren, op te leiden en motiveren om thuisdialyse te blijven volgen. Deze verstrekking kan 1X per jaar dialysepatiënt worden aangerekend.

4. BIJZONDERE AANDACHTSPUNTEN

4.1. Toegankelijkheid

4.1.1. Honorariumsupplementen bij rechthebbenden op verhoogde tegemoetkoming

4.1.1.1 De NCAZ heeft kennis genomen van het voornemen van de regering om de bepalingen met betrekking tot de invoering van een verbod van de aanrekening van honorariumsupplementen bedoeld in artikelen 22 tot 24 van de wet van 29 november 2022 houdende diverse bepalingen in de gezondheidszorg via een K.B., overlegd in de ministerraad, vanaf 1 januari 2025 in werking te laten treden.

Concreet zouden de betrokken bepalingen vanaf 1 januari 2025 in werking worden gesteld voor de rechthebbenden bedoeld in artikel 8 van het K.B. van 15 januari 2014 betreffende de verhoogde verzekerings tegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 19 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994. De betrokken bepalingen zouden voor de rechthebbenden waarvan het recht op verhoogde tegemoetkoming wordt toegekend of behouden op basis van een inkomensonderzoek door het ziekenfonds uitwerking hebben na toepassing van de in 2025 uitgevoerde inkomenscontrole zoals bedoeld in artikel 19 en 37 van het K.B. van 15 januari 2014.

Deze gefaseerde aanpak heeft een uitzonderlijk en eenmalig karakter.

4.1.1.2. Het verbod vervat in de in voorgaand punt bedoelde bepalingen doet geen afbreuk aan de bepalingen uit het akkoord die in toepassing van artikel 50 § 6 van de GVVU-wet werden opgenomen.

4.1.1.3. Het verbod op ereloonsupplementen geldt enkel voor de honoraria waarvoor een verzekerings tegemoetkoming is bepaald (in de nomenclatuur of in door het Verzekeringscomité afgesloten overeenkomsten).

4.1.1.4. Artikel 35 § 4 van de GVVU-wet 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."

In de loop van 2024 zal de NCAZ vaststellen welke bijzondere en uitzonderlijke elementen van de in artikel 35 § 4 van de GVVU-wet bedoelde kosten desgevallend niet in de honoraria zijn geïncorporeerd. Hiertoe kan zo nodig de nomenclatuur worden aangepast.

In dat verband kan bij wijze van voorbeeld verwezen worden naar de bepalingen van artikel 15 § 2, derde lid van de nomenclatuur waarbij verwezen wordt naar specifieke voorwaarden die noodzakelijk zijn met het oog op het respect van de kwaliteits- en veiligheidscriteria die moeten nageleefd worden bij het uitvoeren van de betrokken ingrepen.

4.1.1.5. Parallel met voorgaand punt zullen tegen 31 maart 2024 de nodige pseudocodes worden vastgesteld in het kader van de elektronische facturatie aan de verzekeringsinstellingen die toelaten de gegevens bedoeld in artikel 1 van het K.B. van 28 juni 2023 tot uitvoering van artikel 53 § 1, eerste, derde en vierde lid van de GVVU-wet correct vast te stellen.

4.1.1.6. De toepassing van het in het voorgaand punt bedoelde K.B. van 28 juni 2023 zal in 2025 het voorwerp uitmaken van een evaluatie en toelaten het financieel impact op transparante wijze in kaart te brengen. Op deze basis zal de NCAZ ook beslissen over een eventuele

disciplines médicales. Une allocation permanente devra être accordée aux disciplines médicales pour lesquelles il n'y a pas d'allocation permanente ». Le Conseil général, en établissant le budget des soins de santé pour 2024, a demandé d'en tenir compte lors de la conclusion de l'accord.

3.3.2.3.4. Les mesures indiquées aux points 3.3.1.1. et 3.3.2.3. auront un impact budgétaire de 12 500 milliers d'EUR en 2025. La CNMM s'engage à compenser ce montant par la masse d'indexation allouée en 2025 et/ou par des mesures ayant un même impact budgétaire.

3.3.2.4. Dans le cadre de la proposition de soins appropriés pour les honoraires de dialyse, un montant de 2,3 millions d'euros peut être réinvesti dans la convention de dialyse pour les honoraires de dialyse. La plate-forme fédérale pour l'insuffisance rénale chronique a formulé la proposition suivante à cet effet :

Les deux prestations suivantes pour les néphrologues seront incluses dans la convention relative à la dialyse :

a) Un honoraire de 420 EUR sera prévu pour chaque nouveau patient commençant la dialyse à partir de 2024 afin d'informer le patient sur les différents types de dialyse et de le former au type de dialyse de son choix. Cette disposition peut être facturée 1X par nouveau patient dialysé.

b) Un honoraire forfaitaire de 1.435 EUR est prévu pour tous les patients en dialyse à domicile (péritonéale et hémodialyse) afin de les informer, de les former et de les motiver à poursuivre la dialyse à domicile. Cette disposition peut être facturée 1X par année de dialyse.

4. POINTS D'ATTENTION PARTICULIERS

4.1. Accessibilité

4.1.1. Supplément d'honoraires chez les bénéficiaires de l'intervention majorée

4.1.1.1 La CNMM a pris connaissance de l'intention du gouvernement de faire entrer en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2025 les dispositions relatives à l'introduction d'une interdiction de porter en compte des suppléments d'honoraires visés aux articles 22 à 24 de la loi du 29 novembre 2022 portant des dispositions diverses en matière de soins de santé par le biais d'un AR délibéré en Conseil des ministres.

Concrètement, les dispositions en question entreraient en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2025 pour les bénéficiaires visés à l'article 8 de l'AR du 15 janvier 2014 relatif à l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. Les dispositions en question produiraient leurs effets pour les bénéficiaires dont le droit à l'intervention majorée est octroyé ou maintenu sur la base d'une enquête sur les revenus par la mutualité après application du contrôle des revenus effectué en 2025 tel que prévu aux articles 19 et 37 de l'AR du 15 janvier 2014.

Cette approche phasée a un caractère exceptionnel et unique.

4.1.1.2. L'interdiction contenue dans les dispositions mentionnées au point précédent est sans préjudice des dispositions de l'accord incluses en application de l'article 50, § 6, de la loi SSI.

4.1.1.3. L'interdiction des suppléments d'honoraires ne s'applique qu'aux honoraires pour lesquels une intervention de l'assurance est prévue (dans la nomenclature ou dans les conventions conclues par le Comité de l'assurance).

4.1.1.4. L'article 35, § 4, de la loi SSI 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. »

Dans le courant de l'année 2024, la CNMM déterminera quels éléments particuliers et exceptionnels des coûts visés à l'article 35, § 4, de la loi SSI ne sont, le cas échéant, pas inclus dans les honoraires. La nomenclature pourra être adaptée au besoin.

À cet égard, on peut se référer, à titre d'exemple, aux dispositions de l'article 15, § 2, alinéa 3, de la nomenclature, où il est fait référence à des conditions spécifiques qui sont nécessaires en vue de respecter les critères de qualité et de sécurité qui doivent être respectés lors de l'exécution des interventions concernées.

4.1.1.5. Parallèlement au point précédent, les pseudocodes nécessaires dans le cadre de la facturation électronique aux organismes assureurs et permettant de déterminer correctement les données visées à l'article 1^{er} de l'AR du 28 juin 2023 portant exécution de l'article 53, § 1^{er}, alinéas 1^{er}, 3 et 4, de la loi SSI seront établis d'ici le 31 mars 2024.

4.1.1.6. L'application de l'AR du 28 juin 2023 visé au point précédent fera l'objet d'une évaluation en 2025 et permettra d'identifier l'incidence financière de manière transparente en ce qui concerne les consultations, ainsi que les prestations spéciales et chirurgicales

tussenkomen met betrekking tot de raadplegingen, alsook de ambulante speciale en heelkundige verstrekkingen, voor artsen met een socio-economisch zeer zwak patiëntenprofiel (een bovenmatige vertegenwoordiging VT-rechthebbers) met uitwerking in de loop van 2026.

4.1.1.7. Het in punt 4.1.1.1 bedoelde K.B. zal voorafgaandelijk voor advies aan de NCAZ worden voorgelegd.

4.1.1.8. De verzekeringsinstellingen verbinden zich ertoe om de artsen in staat te stellen om de verzekerden waarvoor een verbod tot het aanrekenen van supplementen van toepassing is vlot te identificeren. Zij zullen ook de bij hen aangesloten rechthebbers informeren over hun rechten ter zake. Op hun beurt zijn de artsen ertoe gehouden om de verzekerbaarheidssituatie van de rechthebbers te controleren. De ziekenfondsen zullen hierop toezien en desgevallend de nodige acties ondernemen om de niet verschuldigde bedragen te recupereren.

4.1.1.9. De NCAZ herinnert aan de deontologische principes vastgesteld door de Nationale Raad van de Orde van Artsen in toepassing van artikel 32 van de Code van medische deontologie. Bij herhaling heeft de Nationale Raad gewezen op het feit dat de artsen niet mogen weigeren patiënten te behandelen indien de weigering gebaseerd is op eisen in verband met ereloon-supplementen.

4.1.2 Esthetische supplementen

De afgelopen jaren is discussie ontstaan met betrekking tot de aanrekening van esthetische supplementen bij borstreductie wegens functionele hinder. Hierbij is de vraag gerezen of liposculptuur van de borst/flank een noodzakelijke of gewoontelijke aanvullende chirurgische ingreep vormt van de betrokken verstrekking. Het Hof van Cassatie heeft voor de gevallen die werden voorgelegd in de arresten van 26 januari 2015 en 22 november 2021 geoordeeld dat liposculptuur deel uitmaakt van de betrokken ingrepen en geen aanleiding kan geven tot het aanrekenen van een afzonderlijk honorarium.

De NCAZ verzoekt de Technisch Geneeskundige Raad om de nomenclatuerbepalingen die hierop betrekking hebben (artikel 14, c - verstrekking 251624 en artikel 15 § 3) met het oog op de rechtszekerheid te verduidelijken.

4.2. Hervorming van de nomenclatuur

4.2.1 Algemeen

In de looptijd van dit akkoord zullen de technische werkzaamheden met betrekking tot de hervorming van de nomenclatuur worden afgerond. Hierbij zal voor de verschillende verstrekkingen een onderscheid worden gemaakt tussen een professioneel gedeelte en een kostengedeelte van de honoraria. Opgemerkt moet worden dat de werkgroep van de NCAZ die zich buigt over de raadplegingen en aanverwante verstrekkingen, ondermeer analyseert hoe rekening kan worden gehouden met een grotere granulariteit op het vlak van de duur van de raadplegingen en bijzondere omstandigheden. Er zal ook een generiek kader worden uitgewerkt met betrekking tot het multidisciplinair overleg.

De transpositie van de voorstellen in een hernieuwde nomenclatuur zal het nodige overleg vergen. De NCAZ stelt voor om vanaf 1 januari 2025 een gemengde taskforce (artsen, verzekeringsinstellingen, ziekenhuizen en overheid) te belasten met deze opdracht. Hiertoe moet in de loop van 2024 een plan van aanpak worden vastgesteld.

Voorgesteld wordt om deze taskforce ook te belasten met de aanpassing van de wettelijke bepalingen inzake de afdrachten van honoraria en met de uitwerking van een regeling inzake co-governance tussen ziekenhuisartsen en ziekenhuisbeheerders over het kostengedeelte van de honoraria van de verschillende verstrekkingen.

4.2.2 Medische beeldvorming

In punt 3.4.5.2. van het akkoord artsen ziekenfondsen 2022-2023 werd vermeld dat in het kader van de hervorming van de nomenclatuur ook een nieuw financieringsmodel zou worden uitgewerkt op het vlak van de medische beeldvorming met zware medische apparatuur.

Op basis van een internationale benchmark kan worden vastgesteld dat er ruimte is om de verhouding van het aantal uitgevoerde CT-onderzoeken ten opzichte van het aantal uitgevoerde NMR-onderzoeken te optimaliseren. Concreet moet gestreefd worden naar een hoger aandeel van het aantal NMR-onderzoeken en een relatieve daling van het aantal CT-onderzoeken.

Om dit doel te bereiken is het noodzakelijk een verschuiving door te voeren in de bestaande financieringsmechanismen (honoraria per verstrekking en forfaitaire honoraria). De financiering moet hierbij ook gemoduleerd worden in functie van de duurtijd van de onderzoeken en gedifferentieerd worden in functie van de betrokken pathologie. Hierbij zal worden uitgegaan van een globale budgetneutraliteit op het geheel van de uitgaven CT/NMR. Rekening houdend met het aantal uitgevoerde onderzoeken en de geïdentificeerde patiëntenstromen zal een budget per ziekenhuis worden vastgesteld dat in functie van de geobserveerde evoluties jaarlijks wordt aangepast op basis van objectieve criteria.

ambulatoires. Sur cette base, la CNMM décidera également d'une éventuelle intervention pour les médecins ayant un profil de patients très faibles sur le plan socio-économique (une surreprésentation de bénéficiaires IM), avec une mise en œuvre au cours de l'année 2026.

4.1.1.7. L'AR visé au point 4.1.1.1. sera soumis à l'avis préalable de la CNMM.

4.1.1.8. Les organismes assureurs s'engagent à permettre aux médecins d'identifier facilement les assurés pour lesquels il est interdit de porter en compte des suppléments. Ils informeront également leurs affiliés bénéficiaires de leurs droits en la matière. Les médecins, quant à eux, sont tenus de contrôler l'assurabilité des bénéficiaires. Les mutualités y veilleront et prendront, le cas échéant, les mesures nécessaires pour récupérer les montants indus.

4.1.1.9. La CNMM rappelle les principes déontologiques établis par le Conseil national de l'Ordre des médecins en application de l'article 32 du Code de déontologie médicale. Le Conseil national a rappelé à plusieurs reprises que les médecins ne peuvent pas refuser de traiter des patients si ce refus est basé sur des prétentions liées à des suppléments d'honoraires.

4.1.2. Suppléments esthétiques

L'attestation de suppléments esthétiques en cas de réduction mammaire pour cause de gêne fonctionnelle a fait l'objet de débats au cours de ces dernières années. La question s'est posée de savoir si la liposculpture du sein/flanc constitue une intervention chirurgicale complémentaire nécessaire ou ordinaire dans le cadre de la prestation concernée. Dans ses arrêts du 26 janvier 2015 et du 22 novembre 2021, la Cour de cassation a estimé, pour les cas qui lui ont été soumis, que la liposculpture fait partie des interventions concernées et ne peut pas donner lieu à l'attestation d'honoraires distincts.

Afin de renforcer la sécurité juridique, la CNMM demande au Conseil technique médical de préciser les dispositions de la nomenclature y afférentes (article 14, c - prestation 251624 et article 15, § 3).

4.2. Réforme de la nomenclature

4.2.1. Dispositions générales

Dans le courant du présent accord, les travaux techniques relatifs à la réforme de la nomenclature seront finalisés. Une distinction sera faite pour les différentes prestations entre une partie professionnelle et une partie coût des honoraires. A noter que le groupe de travail de la CNMM qui examine les consultations et les dispositions y afférentes analyse, entre autres, comment une plus grande granularité au niveau de la durée des consultations et des circonstances particulières peut être prise en compte. Un cadre générique sera également développé en matière de consultation multidisciplinaire.

La transposition des propositions dans une nomenclature renouvelée demandera beaucoup de concertation. La CNMM propose de confier, à partir du 1^{er} janvier 2025, cette mission à une taskforce mixte (médecins, organismes assureurs, hôpitaux et autorité). Pour ce faire, un plan d'approche devra être défini dans le courant de 2024.

Il est proposé de charger cette taskforce d'adapter les dispositions légales relatives aux rétrocessions d'honoraires et d'élaborer une réglementation en matière de co-gouvernance entre les médecins hospitaliers et les gestionnaires hospitaliers au sujet de la partie coûts des honoraires des différentes prestations.

4.2.2. Imagerie médicale

Le point 3.4.5.2. de l'Accord national médico-mutualiste 2022-2023 stipulait que dans le cadre de la réforme de la nomenclature, un nouveau modèle de financement serait aussi développé dans le domaine de l'imagerie médicale avec appareillage médical lourd.

Sur la base d'un benchmarking international, on constate qu'il est possible d'optimiser le rapport entre le nombre d'exams CT et le nombre d'exams RMN réalisés. Concrètement, l'objectif devrait être de viser une part plus élevée d'exams RMN et une diminution relative du nombre d'exams CT.

Pour atteindre cet objectif, il est nécessaire d'apporter du changement dans les mécanismes de financement existants (honoraires par prestation et honoraires forfaitaires). Dans ce cadre, le financement doit également être modulé en fonction de la durée des exams et différencié selon la pathologie concernée. Cela se fera sur la base d'une neutralité budgétaire globale sur l'ensemble des dépenses liées aux exams CT/RMN. Compte tenu du nombre d'exams réalisés et des flux de patients identifiés, un budget par hôpital sera fixé, et celui-ci sera ajusté annuellement sur la base de critères objectifs en fonction des évolutions observées.

Begin 2024 zal de Technisch Geneeskundige Raad worden verzocht binnen een redelijke termijn een voorstel te formuleren tot uitvoering van het verzoek van de minister dat op voornoemde krachtlijnen zal worden gebaseerd en waarin ook zal worden gevraagd om, op basis van wetenschappelijke evidentie, een nauwkeurige indicator vast te stellen met betrekking tot een verantwoorde verhouding tussen CT- en NMR-onderzoeken.

Rekening houdend met het voorstel of advies van de Technisch Geneeskundige Raad zal de nomenclatuur worden aangepast conform de bepalingen van artikel 35 § 2, eerste lid. Tevens zal de datum van inwerkingtreding worden vastgesteld na overleg in de NCAZ.

Hierbij zal worden rekening gehouden met het feit dat in het kader van de algemene hervorming van de nomenclatuur de betrokken honoraria verder zullen gedifferentieerd worden in een professioneel gedeelte en een kostendekkend gedeelte.

Tenslotte zal ook worden nagegaan of en hoe de regels met betrekking tot de vaststelling van het globaal budget van financiële middelen voor medische beeldvorming moeten worden aangepast. Hierbij wordt voorgesteld om het bedrag van de B3 financiering in het kostendekkend gedeelte van de honoraria te integreren.

Parallel met voornoemde maatregelen zal een verplicht gebruik van een CDS- of PSSr- systeem voor de voorschrijvers worden ingevoerd. Deze maatregel moet bijdragen om de voorschrijver te ondersteunen om medisch niet gerechtvaardigde onderzoeken terug te dringen en te vermijden. Dit zal ook toelaten aan de radiologen om hun substitutierecht uit te voeren.

Om een oplossing te bieden voor de lange wachttijden voor NMR-onderzoeken zal tenslotte door de overheid het initiatief worden genomen om het aantal geprogrammeerde NMR-toestellen op te trekken.

4.3. Artsen in opleiding

4.3.1. Loon- en arbeidsvoorwaarden

Door de Algemene Raad werd een budget van 9.038 duizend EUR voorzien voor de artsen in opleiding.

Voor de artsen-specialisten in opleiding wordt een bedrag van 6.780 duizend EUR toegewezen. Dit bedrag zal worden ingezet om de meerkost die verband houdt met de herziening van collectieve overeenkomst van 19 mei 2021 vanaf 2024 te compenseren. Dit bedrag zal overgemaakt worden aan de ziekenhuizen.

Voor de huisartsen in opleiding wordt een bedrag van 2.260 duizend EUR toegewezen met de doelstelling om huisartsen in opleiding die actief zijn in een ruraal of stedelijk gebied met een significant hoog huisartsentekort te ondersteunen, bijv. via het toekennen van specifieke vergoedingen. Hiertoe zal overleg worden gepleegd met ICHO en CCFFMG.

4.3.2. Toetreding tot de akkoorden

De NCAZ heeft vastgesteld dat toe- en uittredingsvoorwaarden van de akkoorden onvoldoende rekening houden met de specifieke situatie van de artsen in opleiding. De thans voorziene periodes voor toe- en uittreding lopen niet samen met de tijdstippen van de beëindiging van de opleiding en de toekenning van de erkenning van de overeenkomstige beroepstitel. Het lijkt logisch dat de betrokken artsen op een belangrijk keerpunt in hun carrière kunnen beschikken over de noodzakelijke vrijheid om een weloverwogen keuze te kunnen maken inzake conventionering.

De NCAZ verzoekt de regering ter zake het bestaand wettelijk kader te verfijnen zodat pas erkende artsen-specialisten/huisartsen een mogelijkheid krijgen om kennis te geven van hun weigeren binnen de 30 dagen na de datum van hun erkenning met behoud – pro rata – van hun sociaal statuut tot de datum van kennisgeving.

4.4. Apothekers-biologen

De NCAZ acht het wenselijk dat de apothekers-biologen deelnemen aan de werkzaamheden met betrekking tot de hervorming van de nomenclatuur die hen aanbelangt.

Tevens moet verzekerd worden dat de betrokken zorgverleners ook toegang hebben tot het eHealthplatform en kunnen deelnemen aan multidisciplinaire consulten waarvoor hun inbreng aangewezen is.

4.5. Administratieve vereenvoudiging

4.5.1. Voorschrijven geneesmiddelen

Binnen de werkgroep administratieve vereenvoudiging van de NCAZ wordt verder werk gemaakt van een vereenvoudiging van de aanvragen voor geneesmiddelen Hoofdstuk IV. Dit project moet binnen de looptijd van het akkoord worden afgerond.

4.5.2. Arbeidsongeschiktheid

Onder impuls van de huisartsen vertegenwoordigd in de NCAZ werden door de minister van sociale zaken belangrijke initiatieven genomen om het aantal arbeidsongeschiktheidsattesten van korte duur

Début 2024, le Conseil technique médical sera invité à formuler une proposition pour mettre en œuvre la demande du ministre dans un délai raisonnable, laquelle s'appuiera sur les lignes de force susmentionnées et demandera également la définition, sur la base de preuves scientifiques, d'un indicateur précis concernant un rapport responsable entre les examens CT et RMN.

Compte tenu de la proposition ou de l'avis du Conseil technique médical, la nomenclature sera adaptée conformément aux dispositions de l'article 35, § 2, alinéa 1er. En outre, la date d'entrée en vigueur sera fixée après concertation au sein de la CNMM.

À cet égard, il sera tenu compte du fait que, dans le cadre de la réforme globale de la nomenclature, les honoraires concernés seront encore différenciés en une partie professionnelle et une partie couvrant les frais.

Enfin, il conviendra d'examiner si et comment les règles relatives à la fixation du budget global des moyens financiers pour l'imagerie médicale doivent être adaptées. Il est proposé d'intégrer le montant du financement B3 dans la partie couvrant les frais des honoraires.

Parallèlement aux mesures susmentionnées, l'utilisation obligatoire d'un système CDS ou PSSr pour les prescripteurs sera introduite. Cette mesure doit contribuer à aider les prescripteurs à réduire et à éviter les examens non justifiés d'un point de vue médical. Cela permettra également aux radiologues d'exercer leur droit de substitution.

Enfin, pour remédier aux longs délais d'attente pour les examens RMN, le gouvernement prendra l'initiative d'augmenter le nombre d'appareils de RMN programmés.

4.3. Médecins en formation

4.3.1. Conditions salariales et de travail

Le Conseil général a prévu un budget de 9 038 milliers d'EUR pour les médecins en formation.

Un montant de 6 780 milliers d'EUR a été octroyé pour les médecins spécialistes en formation. Ce montant servira à compenser le coût supplémentaire lié à la révision de la convention collective du 19 mai 2021 à partir de 2024. Il sera transmis aux hôpitaux.

Pour les médecins généralistes en formation, un montant de 2 260 milliers d'EUR est octroyé afin de soutenir les médecins généralistes en formation qui sont actifs dans une zone rurale ou urbaine marquée par une importante pénurie de médecins généralistes, par exemple en leur octroyant des indemnités spécifiques. Pour ce faire, une concertation sera organisée entre l'ICHO et le CCFFMG.

4.3.2. Adhésion aux accords

La CNMM a constaté que les conditions d'adhésion et de retrait des accords ne tiennent pas suffisamment compte de la situation spécifique des médecins en formation. Les périodes actuellement prévues pour l'adhésion et le retrait ne correspondent pas au moment où la formation prend fin ni où le titre professionnel est reconnu. Il semble logique que les médecins concernés puissent disposer, à un moment charnière de leur carrière, de la liberté nécessaire pour opérer un choix bien réfléchi en matière de conventionnement.

La CNMM demande au gouvernement d'affiner le cadre légal existant en la matière afin que les médecins spécialistes/généralistes nouvellement reconnus disposent d'une possibilité de notifier leur refus dans un délai de 30 jours après la date de leur reconnaissance tout en conservant – au prorata – leur statut social jusqu'à la date de notification.

4.4. Pharmaciens biologistes

La CNMM estime qu'il est souhaitable que les pharmaciens biologistes participent aux travaux relatifs à la réforme de la nomenclature qui les concerne.

Il convient en outre de garantir que les dispensateurs de soins concernés auront également accès à la plate-forme eHealth et qu'ils pourront participer aux consultations multidisciplinaires pour lesquelles leur apport est indiqué.

4.5. Simplification administrative

4.5.1. Prescription de médicaments

Le Groupe de travail simplification administrative de la CNMM a poursuivi ses travaux sur la simplification des demandes pour les médicaments du Chapitre IV. Ce projet devra être finalisé dans le courant de l'accord.

4.5.2. Incapacité de travail

Sous l'impulsion des médecins généralistes représentés à la CNMM, d'importantes initiatives ont été prises par le ministre des Affaires sociales pour réduire le nombre de certificats d'incapacité de travail de

terug te dringen. De NCAZ zal er bij de sociale partners op aandringen verdere stappen op dit domein te nemen. Tenslotte zal het project Multimediatt dat een harmonisering van de attesten voor arbeidsongeschiktheid nastreeft verder worden uitgewerkt.

4.5.3. Facturatie GMD

In de praktijk blijken een aantal moeilijkheden te bestaan in verband met de uitbetaling van de honoraria voor het beheer van het GMD. Na analyse blijkt dat niet zelden een verschillende juridische interpretatie van de regelgeving tussen de ziekenfondsen en de softwareontwikkelaars hierbij aan de grondslag ligt. De NCAZ zal ter zake een werkgroep oprichten waarin constructief gezocht wordt naar technische oplossingen en naar aanpassingen en vereenvoudiging van het bestaande systeem van uitbetaling, onder meer bij overname van het GMD door een andere huisarts alsook in het kader van de New Deal.

5. PREMIES

5.1. Sociaal statuut

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

Overeenkomstig deze indexatie bedragen de bedragen van de sociale en andere voordelen voor 2024:

- 5.881,81 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

- 2.774,59 EUR voor de artsen die zijn toegetreden tot het geldende nationaal akkoord artsen–ziekenfondsen voor hun volledige activiteit en die de verlaagde activiteitsdrempel behalen en voor de artsen die gedeeltelijk tot dit akkoord zijn toegetreden en die de activiteitsdrempel behalen.

Het bedrag van het sociaal statuut voor HAIIO 's en ASO 's bedraagt voor het jaar 2024 7.916,68 EUR.

De basisbedragen van enerzijds het rustpensioen en anderzijds het overlevingspensioen worden vanaf 1 januari 2024 vastgesteld op respectievelijk 7.040,02 EUR en 5.866,85 EUR per jaar.

5.2. Geïntegreerde praktijkpremie

De voorwaarden voor de toekenning van de geïntegreerde praktijkpremie zijn in 2024 dezelfde als deze in het jaar 2023. In de loop van 2024 zullen de voorwaarden worden geëvalueerd en geactualiseerd. Hierbij dient ook te worden voorzien in een evaluatie van de huidige barometers antibiotica en diabetes, met het oog op een eventuele verdere uitbreiding.

5.3. Accreditering

In afwachting van de grondige herziening van het accrediteringssysteem, dat samen met de hervorming van de nomenclatuur moet worden voorbereid overeenkomstig de principes vastgesteld in het akkoord van 16 december 2020 bedraagt het bedrag van het forfaitair accrediteringshonorarium 733,61 EUR voor het jaar 2024.

Voor het jaar 2025 wordt het bedrag geïndexeerd op grond van het koninklijk besluit van 8 december 1997 tot bepaling van de toepassingsmodaliteiten voor de indexering van de verstrekkingen in de regeling van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

6. CORRECTIEMAATREGELEN

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

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

7. TOEPASSINGSVOORWAARDEN VAN HET AKKOORD

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

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

7.2. Huisartsen

7.2.1. De volledig geconventioneerde zorgverleners

De volledig geconventioneerde huisarts is de huisarts die zijn hele praktijk aan de voorwaarden van dit akkoord onderwerpt en voor wie, behalve wanneer de rechthebbende bijzondere eisen stelt die strikt zijn bepaald in punt 7.2.3., de honorariumbedragen en de reisvergoedingen, vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, op zijn hele praktijk worden toegepast.

courte durée. La CNMM insistera auprès des partenaires sociaux pour qu'ils entreprennent des démarches supplémentaires dans ce domaine. Enfin, le projet Multimediatt visant une harmonisation des certificats d'incapacité de travail sera développé plus avant.

4.5.3. Facturation DMG

Dans la pratique, le paiement des honoraires pour la gestion du DMG pose problème. Après analyse, il apparaît que ce problème est souvent dû à une interprétation juridique différente de la réglementation par les mutualités d'une part, et les développeurs de logiciels, d'autre part. La CNMM mettra en place un groupe de travail en la matière, qui recherchera de manière constructive des solutions techniques ainsi que des ajustements et une simplification du système de paiement actuel, notamment en cas de reprise du DMG par un autre médecin généraliste et dans le cadre du New Deal.

5. PRIMES

5.1. Statut social

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

Suite à cette indexation, les montants des avantages sociaux et autres avantages pour l'année 2024, s'élèvent à :

- à 5.881,81 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 2.774,59 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 réduit et pour les médecins qui ont adhéré partiellement à cet accord et qui atteignent le seuil d'activité.

Le montant du statut social des MGF et MSF s'élève à 7.916,68 EUR pour l'année 2024.

Le 1^{er} janvier 2024, 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 7.040,02 euros et 5.866,85 euros par an.

5.2. Prime de pratique intégrée

Les conditions d'attribution de la prime de pratique intégrée sont en 2024 les mêmes que celles de l'année 2023. Dans le courant de 2024 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.

5.3. Accréditation

Dans l'attente de la révision en profondeur du système d'accréditation, qui doit être préparée avec la réforme de la nomenclature, conformément aux principes établis dans l'accord du 16 décembre 2020, l'honoraire forfaitaire d'accréditation s'élève à 733,61 EUR pour l'année 2024.

Pour l'année 2025, le montant sera indexé sur la base de l'arrêté royal du 8 décembre 1997 fixant les modalités d'application pour l'indexation des prestations dans le régime de l'assurance obligatoire soins de santé.

6. 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.

7. CONDITIONS D'APPLICATION DE L'ACCORD

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

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

7.2. Médecins généralistes

7.2.1. Les dispensateurs de soins entièrement conventionnés

Le médecin généraliste entièrement conventionné est le médecin généraliste qui soumet la totalité de sa pratique aux conditions du présent accord et pour lequel, sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 7.2.3, les taux d'honoraires et les indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués à l'ensemble de sa pratique.

7.2.2. De gedeeltelijk geconventioneerde zorgverleners

7.2.2.1. Definitie en toe te passen tarieven

De gedeeltelijk geconventioneerde huisarts is de huisarts die zijn hele praktijk aan de voorwaarden van dit akkoord onderwerpt, behalve gedurende de periodes en overeenkomstig de voorwaarden die strikt in punt 7.2.2.2 zijn bepaald.

Behalve tijdens de periodes en overeenkomstig de voorwaarden die strikt zijn bepaald in punt 7.2.2.2. of behalve wanneer de rechthebbende bijzondere eisen stelt die strikt zijn bepaald in punt 7.2.3, worden de honorariumbedragen en de reisvergoedingen, vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, op zijn hele praktijk toegepast.

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

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

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

7.2.2.2.2. en wanneer de rest van zijn praktijk minstens drie vierden van het totaal van zijn praktijk vertegenwoordigt en wordt verricht tegen de honorariumbedragen die zijn vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, behalve wanneer de rechthebbende bijzondere eisen stelt die strikt zijn bepaald in punt 7.2.3.

7.2.3. Bijzondere eisen van de rechthebbende

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

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

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

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

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

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

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.

7.3. Artsen-specialisten

7.3.1. De volledig geconventioneerde zorgverleners

De volledig geconventioneerde arts-specialist is de arts-specialist die zijn hele praktijk aan de voorwaarden van dit akkoord onderwerpt en voor wie, behalve wanneer de rechthebbende bijzondere eisen stelt die strikt zijn bepaald in punt 7.3.3, de honorariumbedragen en de reisvergoedingen, vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, op zijn hele praktijk worden toegepast.

7.3.2. De gedeeltelijk geconventioneerde zorgverleners

7.3.2.1. Definitie en toe te passen tarieven

De gedeeltelijk geconventioneerde arts-specialist is de arts-specialist die zijn hele praktijk aan de voorwaarden van dit akkoord onderwerpt, behalve gedurende de periodes en overeenkomstig de voorwaarden die strikt in punt 7.3.2.2. zijn bepaald.

Behalve tijdens de periodes en overeenkomstig de voorwaarden die strikt zijn bepaald in punt 7.3.2.2. of behalve wanneer de rechthebbende bijzondere eisen stelt die strikt zijn bepaald in punt 7.3.3, worden de honorariumbedragen en de reisvergoedingen, vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, op zijn hele praktijk toegepast.

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

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

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

7.2.2. Les dispensateurs de soins partiellement conventionnés

7.2.2.1. Définition et tarifs applicables

Le médecin généraliste partiellement conventionné est le médecin généraliste qui soumet la totalité de sa pratique aux conditions du présent accord, sauf durant les périodes et selon les conditions définies strictement au point 7.2.2.2.

Sauf durant les périodes et selon les conditions définies strictement au point 7.2.2.2, ou sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 7.2.3, les taux d'honoraires et les indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués à l'ensemble de sa pratique.

7.2.2.2. Périodes et conditions du conventionnement partiel

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

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

7.2.2.2.2. et pour autant que le reste de sa pratique représente au moins les trois quart du total de sa pratique et soit effectué aux taux d'honoraires fixés conformément aux termes du présent accord, sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 7.2.3.

7.2.3. Exigences particulières du bénéficiaire

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

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

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

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

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

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

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.

7.3. Médecins spécialistes

7.3.1. Les dispensateurs de soins entièrement conventionnés

Le médecin spécialiste entièrement conventionné est le médecin spécialiste qui soumet la totalité de sa pratique aux conditions du présent accord et pour lequel, sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 7.3.3., les taux d'honoraires et les indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués à l'ensemble de sa pratique.

7.3.2. Les dispensateurs de soins partiellement conventionnés

7.3.2.1. Définition et tarifs applicables

Le médecin spécialiste partiellement conventionné est le médecin spécialiste qui soumet la totalité de sa pratique aux conditions du présent accord, sauf durant les périodes et selon les conditions définies strictement au point 7.3.2.2.

Sauf durant les périodes et selon les conditions définies strictement au point 7.3.2.2, ou sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 7.3.3, les taux d'honoraires et les indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués à l'ensemble de sa pratique.

7.3.2.2. Périodes et conditions du conventionnement partiel

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

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

7.3.2.2. 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 7.3.3, en op uren die normaal gezien schikken voor de rechthebbenden van de verzekering voor geneeskundige verzorging;

7.3.2.3. 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 7.3.3.

7.3.3. Bijzondere eisen van de rechthebbende

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

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

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

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

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

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

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

7.4. De twistingen met betrekking tot punt 7 zullen onder de arbitrage vallen van een paritair comité dat wordt samengesteld door de NCAZ en wordt voorgezeten door een ambtenaar van het RIZIV.

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

8. 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.

9. DUUR VAN HET AKKOORD EN OPZEGGING

9.1. Duur van het akkoord

Dit akkoord wordt gesloten voor een periode van twee jaar.

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.

9.2. Opzegging

9.2.1. Overeenkomstig artikel 51, § 9 van de GVVU-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 overleg 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 bij toepassing van de artikelen 18, 51 en 68 van dezelfde wet.

9.2.2. 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 ereloonsupplementen 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 4.1.1 en 4.1.2.

7.3.2.2. 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 7.3.3, et à des heures qui conviennent normalement aux bénéficiaires de l'assurance soins de santé ;

7.3.2.3. 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 7.3.3.

7.3.3. Exigences particulières du bénéficiaire

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

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

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

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

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

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

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

7.4. Les contestations concernant le point 7 feront l'objet d'un arbitrage par un collège paritaire composé par la CNMM et présidé par un fonctionnaire de l'INAMI.

7.5. Les médecins qui appliquent le tiers payant facultatif comme mentionné dans l'article 9, alinéa 1er, de l'arrêté royal du 18 septembre 2015 portant exécution de l'article 53, § 1er, 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.

8. 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.

9. DURÉE ET DÉNONCIATION DE L'ACCORD

9.1. Durée de l'accord

Le présent accord est conclu pour une période de deux ans.

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

9.2. Dénonciation

9.2.1. Conformément à l'art. 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 concertation 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.

9.2.2. 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 des points 4.1.1 et 4.1.2.

9.2.3. 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 overleg met de partijen zijn tot stand gekomen en die het evenwicht van de rechten en plichten voortvloeiend uit dit akkoord ernstig schaadt.

9.2.4. Het akkoord kan geheel of gedeeltelijk worden opgezegd door een representatieve organisatie van artsen indien door de Algemene Raad voor het begrotingsjaar 2025 geen of geen volledige indexering wordt toegekend zoals deze bij het afsluiten van het akkoord wordt geregeld bij toepassing van artikel 207bis van de GVV-wet.

9.2.5. Het akkoord kan geheel of gedeeltelijk worden opgezegd door een representatieve organisatie van artsen indien voor 31/12/2024 geen conclusies werden bereikt in de schoot van de NCAZ met betrekking tot de punten 4.1.1.4 tot en met 4.1.1.6.

9.2.6. Een representatieve organisatie die de opzegging wenst in te roepen op basis van de situaties bedoeld in de punten 9.2.1-9.2.5 deelt dit met een ter post aangetekende zending aan de voorzitter van de NCAZ binnen een termijn van 15 dagen nadat een voornoemde situatie 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.

9.2.7. Een arts die het akkoord wenst op te zeggen op basis van de situaties bedoeld in punt 9.2.1. of 9.2.3 doet dit voor 15 december 2024 via de beveiligde webtoepassing die het RIZIV daartoe via het ProGezondheid-portaal ter beschikking stelt. De opzegging is in dat geval van toepassing vanaf 1 januari 2025. (Enkel in geval van 9.2.1. of 9.2.3)

9.2.8. Het akkoord kan ook worden opgezegd door een arts vóór 15 december 2024 volgens de modaliteiten gepubliceerd op de website van het RIZIV. Deze opzegging is van toepassing vanaf 1 januari 2025.

10. FORMALITEITEN

10.1. 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.

10.2. De andere artsen dan die welke, overeenkomstig de bepalingen die zijn vermeld onder 10.1, kennis hebben gegeven van hun weigering tot toetreding tot de bedingen van het akkoord dat op 18 december 2023 in de NCAZ is gesloten, worden ambtshalve geacht tot dit akkoord te zijn toegetreden voor hun volledige beroepsactiviteit, behalve als zij binnen de 30 dagen na de bekendmaking van dit akkoord in het *Belgisch Staatsblad*, de voorwaarden inzake tijd en plaats hebben meegedeeld waaronder zij, overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, de honorariumbedragen zullen toepassen enerzijds en de honorariumbedragen niet zullen toepassen, anderzijds. Deze mededeling gebeurt via de beveiligde webtoepassing die het RIZIV daartoe via het ProGezondheid-portaal ter beschikking stelt.

10.3. Alle latere wijzigingen van de voorwaarden inzake tijd en plaats waaronder de onder 10.2 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.

10.4. De wilsuitingen onder 10.1, 10.2 en 10.3 worden geacht te zijn uitgebracht op de datum van registratie in de webtoepassing.

11. BIJLAGE TABEL

9.2.3. 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 concertation avec les parties pendant la durée de l'accord et qui affectent gravement l'équilibre des droits et obligations découlant du présent accord.

9.2.4. L'accord peut être dénoncé entièrement ou partiellement par une organisation représentative de médecins si, pour l'exercice budgétaire 2025, 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.

9.2.5. L'accord peut être dénoncé entièrement ou partiellement par une organisation représentative des médecins si aucune conclusion n'a pu être dégagée au sein de la CNMM sur les points 4.1.1.4 à 4.1.1.6 à la date du 31/12/2024.

9.2.6. Une organisation représentative qui souhaite invoquer la dénonciation sur la base des situations visées aux points 9.2.1. à 9.2.5. inclus 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.

9.2.7. Le médecin qui souhaite dénoncer l'accord sur la base des situations visées aux points 9.2.1. ou 9.2.3., doit le faire avant le 15 décembre 2024 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 du 1^{er} janvier 2025. (Uniquement si 9.2.1. ou 9.2.3.)

9.2.8. L'accord peut également être dénoncé par un médecin avant le 15 décembre 2024 selon les modalités publiées sur le site web de l'INAMI. Cette dénonciation sera d'application à partir du 1^{er} janvier 2025.

10. FORMALITÉS

10.1. 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.

10.2. Les médecins, autres que ceux qui, conformément aux dispositions prévues au point 10.1, ont notifié leur refus d'adhésion aux termes de l'accord conclu le 18 décembre 2023 à la CNMM, sont réputés d'office avoir adhéré à cet accord pour leur activité professionnelle complète, sauf si, dans les trente jours qui suivent la publication de cet accord au *Moniteur belge*, ils ont communiqué d'une part, les conditions de temps et de lieu dans lesquelles ils appliqueront le montant des honoraires qui y sont fixés, conformément aux clauses du présent accord, et d'autre part, les conditions de temps et de lieu dans lesquelles ils n'appliqueront pas le montant des honoraires qui y sont fixés. Cette communication se fait au moyen de l'application en ligne sécurisée que l'INAMI met à disposition à cette fin au moyen du portail ProSanté.

10.3. Tous changements ultérieurs des conditions de temps et de lieu dans lesquelles, conformément aux clauses de l'accord, les médecins visés sous le point 10.2. 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.

10.4. Les expressions de volonté sous les points 10.1, 10.2 et 10.3 sont censées être faites à la date de l'enregistrement dans l'application en ligne.

11. ANNEXE TABLEAU

NATIONAAL AKKOORD ARTSEN - ZIEKENFONDSEN 2024 - 2025

19-12-2023

In 000 EUR	Toepassing	2024	Jaarbasis
Beschikbare middelen			
Artsen honoraria: Indexmassa 2024	01-01-24	641.225	641.225
Indexmassa maatregel "Versterking ondersteuning huisartsenpraktijk"	01-01-24	-953	-953
Indexmassa maatregel "Klinische infectiologie - Medische microbiologie"	01-01-24	-61	-61

In 000 EUR	Toepassing	2024	Jaarbasis
Indexmassa rubriek "Onverdeeld"	01-01-24	-1.972	-1.972
LVZ: indexmassa 2024 (deel artsen)	01-01-24	23.724	23.724
Dialyse: indexmassa 2024	01-01-24	32.843	32.843
Subtotaal indexmassa		694.806	694.806
Versterking ondersteuning huisartsenpraktijk	01-01-24	16.703	16.703
Klinische infectiologie - Medische microbiologie	01-01-24	1.061	1.061
Bijzondere zorgnoden patiënt	01-01-24	2.008	2.008
Begroting 2024: artsen-specialisten	01-01-24	24.392	24.392
Begroting 2024: NCAZ (aandeel huisartsen)	01-01-24	4.083	4.083
Begroting 2024: NCAZ (aandeel artsen-specialisten)	01-01-24	4.085	4.085
Appropriate care - herinvestering	01-01-24	7.663	7.663
Appropriate care - herinvestering dialyse	01-01-24	2.281	2.281
Enveloppe verbod ereloonsupplementen	01-01-24	10.000	10.000
Artsen in opleiding	01-01-24	9.038	9.038
Subtotaal bijkomende middelen		81.314	81.314
Totaal		776.120	776.120
Aanwending middelen			
a) Indexering		694.806	694.806
Klinische biologie	01-01-24	81.805	81.805
Index: 6,05%			
Medische beeldvorming	01-01-24	94.870	94.870
Index: 6,05%			
Raadplegingen, bezoeken en adviezen	01-01-24	215.594	215.594
Index: 6,05%			
Speciale verstrekkingen	01-01-24	106.918	106.918
Index: 6,05%			
Heelkunde	01-01-24	81.193	81.193
Index: 6,05%			
Gynaecologie	01-01-24	4.416	4.416
Index: 6,05%			
Toezicht	01-01-24	33.015	33.015
Index: 6,05%			
Honoraria buiten nomenclatuur	01-01-24	10.009	10.009
Index: 6,05%			
Geïntegreerde premie huisartsengeneeskunde: geen index			
Onverdeeld	01-01-24	0	0
Aanvullende financiering ziekenhuizen	01-01-24	10.419	10.419
Index: 6,05%			
Dialyse	01-01-24	32.843	32.843
Index overeenkomst dialyse			
LVZ	01-01-24	23.724	23.724
Index (deel artsen): 6,05%			
b) Initiatieven akkoord 2024 - 2025		48.681	61.723
Appropriate care - Permanentietoeslag 101113 + 0,33 EUR	01-01-24	1.429	1.429

In 000 EUR	Toepassing	2024	Jaarbasis
Palliatief ondersteuningsforfait voor de huisarts	01-07-24	2.500	5.000
GGZ - uitbreiding maatregelen somatische zorg in PAAZ	2024	5.945	5.945
GGZ - kinderpsychiatrie	2024	1.500	1.500
GGZ - liaisonfunctie (2-ledig voorstel)	2024	4.030	4.030
Herwaardering ziekenhuisartsen - infectiologie en microbiologie	2024	1.500	1.500
Herwaardering van chirurgische akten K120 - K400 en bijhorende anesthesie	01-02-24	5.958	6.500
Verhoging toeslaghonorarium kinderoftalmologie (+5 EUR)	01-01-24	600	600
Herwaardering pluridisciplinaire geriatrische evaluatie (code 102233) tot 151,50 EUR	01-01-24	1.470	1.470
Videoraadpleging (+0,33 EUR/geval)	01-01-24	97	97
Reële herwaardering raadplegingen (tot 2,50% codes geaccrediteerde artsen-specialisten)	01-01-24	1.858	1.858
Bijkomende herwaardering raadplegingen geaccrediteerde artsen - bijkomend met 1 euro voor de codes: 102292, 102336, 102373, 102550, 102653, 102675, 102690, 102712, 102874, 102911, 103471 en 106396	01-01-24	3.943	3.943
Nierinsufficiëntie - albuminurie	2024	2.832	2.832
Majeure traumacentra	2025	0	3.000
Cholesteatoma	2025	0	2.000
Multidisciplinaire pulmonale revalidatie	2025	0	5.000
Disponibiliteitshonoraria huisartsen - verhoging met 7,60 EUR /uur weekend en feestdagen	2024	9.121	9.121
GMD chronisch zieken 0-30 en +85 jaar aan 20,83% (1/4 van 83,33%)	2024	2.449	2.449
Disponibiliteitshonoraria artsen-specialisten - verhoging met 1,09 EUR /uur (weekend en feestdagen)	2024	3.449	3.449
c) Initiatieven TGR		1.000	1.000
Toezicht kinderoncologie: uitbreiding codes 597273 en 597295	2024	98	98
MIC-afdeling: bijkomend budget voor 19 centra ipv 17	2024	265	265
Euthanasie uitvoeren: bijkomend budget EUR 200/euthanasie	2024	353	353
Anesthesie geïsoleerde NMR	2024	118	118
Andere dossiers (HPV-screening, raadpleging genetica)	2024	166	166
d) Andere		31.091	31.091
Versterking ondersteuning huisartsenpraktijk (Begroting 2023)	01-01-24	16.703	16.703
Klinische infectiologie - Medische microbiologie (Begroting 2023)	2024	1.061	1.061
Bijzondere zorgnoden patiënt (Begroting 2023)	2024	2.008	2.008
Appropriate care - herinvestering dialyse	01-01-24	2.281	2.281
Artsen in opleiding	2024	9.038	9.038
Totaal		775.578	788.620
Saldo (*)		542	-12.500
(*) De NCAZ engageert zich ertoe om in de partiële begrotingsdoelstelling van 2025 een bedrag van 12.500 duizend EUR te compenseren			

ACCORD NATIONAL MEDICO-MUTUALISTE 2024 - 2025

19-12-2023

En 000 EUR	Application	2024	Base annuelle
Moyens disponibles			
Honoraires médicaux: Masse index 2024	01-01-24	641.225	641.225
Masse index mesure "Soutien pratique médecine générale"	01-01-24	-953	-953

En 000 EUR	Application	2024	Base annuelle
Masse index mesure "Infectiologie clinique - Microbiologie médicale"	01-01-24	-61	-61
Masse index "Non-réparti"	01-01-24	-1.972	-1.972
SBV: Masse index 2024 (partie médecins)	01-01-24	23.724	23.724
Dialyse: Masse index 2024	01-01-24	32.843	32.843
Sous-total masse d'index		694.806	694.806
Renforcement soutien pratique médecine générale	01-01-24	16.703	16.703
Infectiologie clinique - Microbiologie médicale	01-01-24	1.061	1.061
Patients ayant des besoins de soins particuliers	01-01-24	2.008	2.008
Budget 2024: médecins spécialistes	01-01-24	24.392	24.392
Budget 2024: CNMM (quote-part médecins généralistes)	01-01-24	4.083	4.083
Budget 2024: CNMM (quote-part médecins spécialistes)	01-01-24	4.085	4.085
Appropriate care - réinvestissement	01-01-24	7.663	7.663
Appropriate care - réinvestissement dialyse	01-01-24	2.281	2.281
Enveloppe interdiction suppléments d'honoraires	01-01-24	10.000	10.000
Médecins en formation	01-01-24	9.038	9.038
Sous-total moyens supplémentaires		81.314	81.314
Total		776.120	776.120
Utilisation des moyens			
a) Indexation		694.806	694.806
Biologie clinique	01-01-24	81.805	81.805
Index: 6,05%			
Imagerie médicale	01-01-24	94.870	94.870
Index: 6,05%			
Consultations, visites et avis	01-01-24	215.594	215.594
Index: 6,05%			
Prestations spéciales	01-01-24	106.918	106.918
Index: 6,05%			
Chirurgie	01-01-24	81.193	81.193
Index: 6,05%			
Gynécologie	01-01-24	4.416	4.416
Index: 6,05%			
Surveillance	01-01-24	33.015	33.015
Index: 6,05%			
Honoraires hors nomenclature	01-01-24	10.009	10.009
Index: 6,05%			
Prime de pratique intégrée en médecine générale: pas d'index			
Non-réparti	01-01-24	0	0
Financement complémentaire du secteur hospitalier			
Financement complémentaire du secteur hospitalier	01-01-24	10.419	10.419
Index: 6,05%			
Dialyse	01-01-24	32.843	32.843
Index convention dialyse			
SBV	01-01-24	23.724	23.724
Index (parties médecins): 6,05%			
b) Initiatives accord 2024 - 2025			
Appropriate care - Suppléments de permanence 101113 +0,33 EUR	01-01-24	1.429	1.429
Forfait palliatif de soutien pour les médecins généralistes	01-07-24	2.500	5.000

En 000 EUR	Application	2024	Base annuelle
SSM - élargissement mesure soins somatiques en SPHG	2024	5.945	5.945
SSM - pédopsychiatrie	2024	1.500	1.500
SSM - fonction de liaison	2024	4.030	4.030
Revalorisation médecins hospitaliers - infectiologues et microbiologues	2024	1.500	1.500
Revalorisation des actes chirurgicaux K120-K400 et anesthésie associée	01-02-24	5.958	6.500
Augmentation des suppléments d'honoraire en ophtalmologie pédiatrique (+5 EUR)	01-01-24	600	600
Revalorisation évaluation gériatrique pluridisciplinaire (code 102233) à 151,50 EUR	01-01-24	1.470	1.470
Consultation vidéo (+0,33 EUR/cas)	01-01-24	97	97
Revalorisation réelle des consultations (jusqu'à 2,50% codes médecins spécialistes accrédités)	01-01-24	1.858	1.858
Revalorisation supplémentaire consultations médecins accrédités - 1 EUR de plus pour les codes: 102292, 102336, 102373, 102550, 102653, 102675, 102690, 102712, 102874, 102911, 103471 et 106396	01-01-24	3.943	3.943
Insuffisance rénale - albuminurie	2024	2.832	2.832
Centres majeurs de traumatologie	2025	0	3.000
Cholestéatome	2025	0	2.000
Rééducation pulmonaire pluridisciplinaire	2025	0	5.000
Honoraires de disponibilité médecins généralistes - augmentation de 7,60 EUR/h (WE et JF)	2024	9.121	9.121
DMG malades chroniques 0-30 et +85 ans à 20,83% (1/4 de 83,33%)	2024	2.449	2.449
Honoraires de disponibilité médecins spécialistes - augmentation de 1,09 EUR/h (WE et JF)	2024	3.449	3.449
c) Initiatives CTM		1.000	1.000
Surveillance oncologie pédiatrique: élargissement codes 597273 et 597295	2024	98	98
Services MIC: budget supplémentaire pour 19 centres au lieu de 17	2024	265	265
Réalisation d'euthanasies: budget supplémentaire 200 EUR/euthanasie	2024	353	353
Anesthésies dans le cadre d'une RMN isolée	2024	118	118
Autres dossiers (HPV-screening, consultation génétique)	2024	166	166
d) Autre		31.091	31.091
Renforcement soutien pratique médecine générale (Budget 2023)	01-01-24	16.703	16.703
Infectiologie clinique - Microbiologie médicale (Budget 2023)	2024	1.061	1.061
Patients ayant des besoins de soins particuliers (Budget 2023)	2024	2.008	2.008
Appropriate care - réinvestissement dialyse	01-01-24	2.281	2.281
Médecins en formation	2024	9.038	9.038
Total		775.578	788.620
Solde (*)		542	-12.500
(*) La CNMM s'engage à compenser un montant de 12.500 milliers d'EUR dans l'objectif budgétaire partiel de 2025			

Brussel, 19 december 2023.

De vertegenwoordigers van de artsen,

Johan BLANCKAERT (ABSyM-BVAS), Thomas GEVAERT (Kartel-Cartel), Maaïke VAN OVERLOOP (AADM)

De vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen,

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

Bruxelles, le 19 décembre 2023.

Les représentants des médecins,

Johan BLANCKAERT (ABSyM-BVAS), Thomas GEVAERT (Kartel-Cartel), Maaïke VAN OVERLOOP (AADM)

Les représentants des organismes assureurs, Luc VAN GORP (100),

Anne VERHEYDEN (200), Paul CALLEWAERT (300), Carina BONNEWYN (400), Ann CEUPPENS (500), Christine MICLOTTE (600), Hedwig DUBOIS (900)