

SERVICE PUBLIC FEDERAL STRATEGIE ET APPUI

[2021/200304]

Résultat de la sélection comparative francophone d'accèsion au niveau A (3ème série) Attachés communication (m/f/x), pour le SPF Justice. — Numéro de sélection : BFG20064

Le nombre de lauréats s'élève à 2.

Ladite sélection a été clôturée le 28.10.2020.

La liste de lauréats est valable 2 ans.

FEDERALE OVERHEIDSDIENST BELEID EN ONDERSTEUNING

[2021/200304]

Resultaat van de vergelijkende Franstalige selectie voor bevordering naar niveau A (reeks 3) van Attachés communicatie (m/v/x), voor de FOD Justitie. — Selectienummer : BFG20064

Er zijn 2 laureaten.

Deze selectie werd afgesloten op 28.10.2020.

De lijst van laureaten is 2 jaar geldig.

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

[C – 2021/40061]

Accord national médico-mutualiste 2021

CONSEIL DES MINISTRES
15/01/2021
NOTIFICATION POINT 11

CONCERNE : MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES

Approbation de la convention nationale avec les médecins et les organismes assureurs, en exécution de l'article 51, § 1^{er}, alinéa 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 : 2021A70720.003

NOTIFICATION La proposition, contenue au point 9 de la note du 7 janvier 2021, est approuvée.

Le Secrétaire du Conseil,
R. LECOK

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2021/40061]

Nationaal akkoord artsen – ziekenfondsen 2021

MINISTERRAAD
15/01/2021
NOTIFICATIE PUNT 11

BETREFT: MINISTER VAN SOCIALE ZAKEN

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. 2021A70720.003

NOTIFICATIE Het voorstel, vervat in punt 9 van de nota van 7 januari 2021, wordt goedgekeurd.

De Secretaris van de Raad,
R. LECOK

ACCORD NATIONAL MÉDICO-MUTUALISTE 2021

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 16 décembre 2020 l'accord suivant pour l'année 2021.

1. INTRODUCTION

1.1. Lorsque l'Accord national médico-mutualiste fut conclu dans des circonstances plutôt exceptionnelles fin 2019, personne ne pouvait s'imaginer l'onde de choc à laquelle les soins de santé seraient confrontés en 2020. La population a dû payer un lourd tribut à la crise de la COVID-19 et des efforts particuliers ont été exigés de la part de tous les dispensateurs de soins. Leur engagement et leur dévouement de tous les instants ont été et sont encore aujourd'hui largement salués et respectés. Dans la mesure du possible, les pouvoirs publics ont pris des mesures de soutien. La crise de la COVID-19 a, sans commune mesure, mis à l'épreuve la résilience des dispensateurs de soins. Elle a également mis en évidence la nécessité de réaliser des réformes et a renforcé le soutien dont ces réformes doivent bénéficier.

1.2. D'une manière générale, les réformes devraient se concentrer sur les objectifs suivants :

- le renforcement de la coopération entre les dispensateurs de soins à tous les niveaux, avec une participation accrue du patient ;

- l'innovation des mécanismes de financement par des incitants visant à assurer la coordination des soins, à promouvoir des objectifs de qualité et de santé et à éliminer les soins inefficaces ;

- le développement accru des soins numériques par la création des conditions cadres réglementaires, financières et qualitatives requises ;

- l'amélioration de l'accessibilité;

- la maîtrise des facteurs qui contribuent à une hausse des suppléments d'honoraires et à l'augmentation de la pression sur les rétrocessions sur les honoraires.

L'ambition de cet accord est de progresser dans ces domaines.

NATIONAAL AKKOORD ARTSEN – ZIEKENFONDSEN 2021

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 16 december 2020 het navolgende akkoord gesloten voor het jaar 2021.

1. INLEIDING

1.1. Op het ogenblik dat het akkoord artsen-ziekenfondsen eind 2019 in vrij uitzonderlijke omstandigheden werd afgesloten kon niemand vermoeden met welke schokgolven de gezondheidszorg in 2020 zou worden geconfronteerd. De COVID-19-crisis heeft een zware tol geëist van de bevolking en bijzondere inspanningen gevergd van alle zorgverleners. Hun engagement en permanente inzet werden en worden alom geprezen en gerespecteerd. In de mate van het mogelijke werden door de overheid ondersteunende maatregelen genomen. De COVID-19-crisis heeft de veerkracht van de zorgverleners verregaand op de proef gesteld. Ze heeft ook de noodzaak voor hervormingen duidelijk aan het licht gebracht en het draagvlak ervoor versterkt.

1.2. Algemeen gesteld zouden hervormingen georiënteerd moeten worden op volgende doelstellingen:

- de versterking van de samenwerking tussen zorgverleners op alle niveaus en een versterkte betrokkenheid van de patiënt;

- de innovatie van financieringsmechanismen door incentives gericht op het verzekeren van coördinatie van de zorg, het bevorderen van kwaliteits- en gezondheidsdoelstellingen en het wegwerken van ondoelmatige zorg;

- de verdere ontwikkeling van digitale zorg door het creëren van de hiertoe vereiste regelgevende, financiële en kwalitatieve randvoorwaarden;

- het verbeteren van de toegankelijkheid;

- het beheersen van de factoren die bijdragen tot een stijging van de ereloonsupplementen en tot de toename van de druk op de afdrachten van honoraria.

Dit akkoord heeft de ambitie om op deze domeinen vooruitgang te boeken.

En collaboration avec d'autres parties prenantes et les pouvoirs publics, la CNMM entend soutenir cette démarche et développer un certain nombre de projets qui contribueront à la réalisation des objectifs susmentionnés, dans le cadre d'une approche appelée « Quadruple Aim » (améliorer les soins tels qu'ils sont prodigués à la personne, améliorer l'état de santé de la population en accordant une attention particulière à l'accessibilité et à la justice sociale, accroître la « valeur pour la santé » des patients par les moyens utilisés et veiller à ce que les professionnels de la santé soient en mesure d'effectuer leur travail de manière appropriée et durable).

1.3. Enfin, la CNMM s'investira également dans un certain nombre de projets prévus dans l'accord précédent, qui sont toujours en cours actuellement ou dans lesquels des progrès insuffisants ont été réalisés en raison de la crise sanitaire.

2. CADRE FINANCIER

2.1. L'objectif budgétaire partiel pour les honoraires des médecins pour l'année 2021 est de 8.890.505 milliers d'euros. Par rapport à l'objectif budgétaire partiel fixé pour l'année 2020 - qui ne tient pas compte de l'impact des dépenses liées à la crise de la COVID-19 - cela représente une croissance de 3,58 %.

Les honoraires relatifs aux prestations effectuées dans le cadre de soins à basse variabilité sont classés dans une rubrique spécifique. Les dépenses correspondantes pour l'année 2021 s'élèvent à 358.279 milliers d'euros.

Enfin, les honoraires relatifs à la dialyse à l'hôpital, dans un centre ou à domicile s'élèvent à 470.716 milliers d'euros.

2.2. Indexation des honoraires

L'objectif budgétaire partiel susmentionné pour l'année 2021 prévoit une masse d'indexation de 94.569 milliers d'euros. La masse d'indexation pour les honoraires relatifs aux soins à basse variabilité s'élève à 3.500 milliers d'euros (par rapport aux prestations des médecins). La masse d'indexation pour les honoraires de dialyse s'élève à 4.644 milliers d'euros. Au total, la masse d'indexation s'élève à 102.713 milliers d'euros. De plus un montant de 2.660 milliers d'euros est disponible dans la rubrique des honoraires de surveillance (revalorisation phase 1). Ainsi, le montant total disponible s'élève à 105.373 milliers d'euros.

Toutefois, l'utilisation de la masse d'indexation doit tenir compte du financement d'un certain nombre d'adaptations de la nomenclature prévues dans l'accord 2020 ou pour lesquelles des projets ont déjà été approuvés au cours de l'année 2020 au sein du Conseil technique médical (CTM).

Il s'agit des projets suivants :

- médecine physique et rééducation fonctionnelle (4,886 mios d'euros)
- revalorisation honoraires de surveillance hôpital de jour oncologie et rhumatologie (3, 310 mios d'euros)
- surveillance du malade admis dans un service D (2,660 mios d'euros)
- corrections techniques (0,201 mios d'euros)
- autres projets: 1,392 mios d'euros (neuromonitoring intra-opératoire, téléophtalmologie)

L'impact global de ces projets, déduit de la masse d'indexation disponible, s'élève à 12.449 milliers d'euros.

Un ensemble de mesures dans le secteur de la biologie clinique (ex. transplantation de cellules souches par PCR, CLL-IgHV, flowcytométrie diagnostique ALL, panels respiratoires larges PCR) avec un impact financier de 5.022 milliers d'euros sera compensé par des économies dans le secteur (dosage d'urée et cumul vitesse de sédimentation CRP).

La masse d'indexation disponible après les projets susmentionnés s'élève à 92.924 milliers d'euros.

De ce montant, 10.728 milliers d'euros sont déjà arrêtés par des arrêtés royaux ou par des conventions :

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

De ce montant, 10.444 milliers d'euros concernent les honoraires des médecins spécialistes et 284 milliers d'euros concernent les honoraires des médecins généralistes.

Par conséquent, la masse d'indexation restant à affecter s'élève à 82.196 milliers d'euros.

De NCAZ wil hier samen met andere stakeholders en de overheid de schouders onder zetten en een aantal projecten ontwikkelen die bijdragen tot de realisatie van de hoger vermelde doelstellingen, gekaderd in een quadruple aim aanpak (verbeteren van de zorg zoals die door het individu wordt ervaren, verbeteren van de gezondheids-toestand op bevolkingsniveau met bijzondere aandacht voor toegankelijkheid en sociale rechtvaardigheid, het realiseren voor de patiënt van meerwaarde op het vlak van gezondheid met de ingezette middelen en ervoor te zorgen dat professionelen in de gezondheidszorg hun werk op een goede en duurzame manier kunnen doen).

1.3. Ten slotte zal de NCAZ ook verder inzetten op een aantal projecten die voorzien waren in het vorige akkoord, die nog in uitvoering zijn of waarin omwille van de sanitaire crisis onvoldoende voortgang kon worden gemaakt.

2. FINANCIEEL KADER

2.1. De partiële begrotingsdoelstelling voor de honoraria van artsen bedraagt voor het jaar 2021 8.890.505 duizend EUR. Ten opzichte van de partiële begrotingsdoelstelling die voor het jaar 2020 werd vastgesteld - en die geen rekening houdt met de impact op de uitgaven van de COVID-19-crisis - betekent dit een groei van 3,58%.

De honoraria die betrekking hebben op de verstrekkingsverleend in het kader van laagvariabele zorg bevinden zich in een specifieke rubriek. De betrokken uitgaven bedragen voor het jaar 2021 358.279 duizend EUR.

Ten slotte bedragen de honoraria voor dialyse in het ziekenhuis, in een centrum of thuis 470.716 duizend EUR.

2.2. Indexering van de honoraria

In voornoemde partiële begrotingsdoelstelling voor het jaar 2021 is een indexmassa voorzien van 94.569 duizend EUR. De indexmassa voor de honoraria laagvariabele zorg bedraagt 3.500 duizend EUR (met betrekking tot verstrekkingsverleend artsen). De indexmassa voor de honoraria dialyse bedraagt 4.644 duizend EUR. Totaal bedraagt de indexmassa 102.713 duizend EUR. Bovendien is er nog een bedrag van 2.660 duizend EUR beschikbaar in de rubriek toezichthonoraria (herwaarderings fase 1). Het totale beschikbare bedrag bedraagt derhalve 105.373 duizend EUR.

Evenwel moet bij de aanwending van de indexmassa rekening worden gehouden met de financiering van een aantal nomenclatuur-aanpassingen die in het akkoord 2020 werden vooropgesteld of waarvoor in de loop van het jaar 2020 reeds projecten werden goedgekeurd binnen de Technische Geneeskundige Raad (TGR).

Het betreft volgende projecten:

- fysische geneeskunde en revalidatie (4,886 mio EUR)
- herwaarderings toezichthonoraria daghospitaal oncologie en reumatologie (3,310 mio EUR)
- toezicht op in dienst D opgenomen zieke (2,660 mio EUR)
- technische correcties (0,201 mio EUR)
- andere projecten: 1,392 mio EUR (intra-operatieve neuromonitoring, tele-oftalmologie)

De globale impact van deze projecten die in mindering van de beschikbare indexmassa wordt gebracht, bedraagt 12.449 duizend EUR.

Een pakket maatregelen in de sector van de klinische biologie (bijv. PCR stamceltransplantatie, CLL-IgHV, ALL diagnostiek flowcytométrie, PCR brede respiratoire panels) met een financiële impact van 5.022 duizend EUR wordt gecompenseerd via besparingen in de sector (ureumbepaling en cumul CRP bezinkingssnelheid).

De beschikbare indexmassa na bovenstaande projecten bedraagt 92.924 duizend EUR.

Hiervan ligt reeds 10.728 duizend EUR vast via koninklijke besluiten of overeenkomsten:

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

Hiervan heeft 10.444 duizend EUR betrekking op de honoraria van artsen-specialisten, 284 duizend EUR heeft betrekking op honoraria van huisartsen.

Derhalve bedraagt de nog te bestemmen indexmassa 82.196 duizend EUR.

La CNMM constate que la masse des honoraires des médecins généralistes est de 20,25 % et celle des spécialistes de 79,75 %. Il est proposé de répartir la masse d'indexation correspondante de la même manière en prenant en compte les honoraires indexés par arrêté royal ou par convention.

Les prestations de biologie clinique et imagerie médicale sont indexées de 0,80%.

Les honoraires des consultations, visites et avis sont indexés de 1,01 %. Le DMG est indexé de 1,25% pour arriver à un honoraire de 32,00 euros en 2021.

Les prestations spéciales et les prestations de gynécologie et de surveillance sont augmentées de 0,84%. La Consultation oncologique multidisciplinaire (COM) est indexée de 1,01 %.

Les prestations de chirurgie sont indexées de 0,90 %. Cette rubrique comprend les prestations des articles :

- 12 (anesthésiologie) ;
- 13 (réanimation) ;
- 14 (chirurgie) à l'exception des articles 14 l (stomatologie) et 14 g (gynécologie-obstétrique) ;

Les honoraires hors nomenclature sont indexés de 1,01 %. Les dépenses relatives au contrôle de qualité des laboratoires sont indexées de 0,80 %. Aucune indexation n'est prévue pour la prime de pratique intégrée ;

2.3. Soins efficaces

2.3.1. Conformément à la proposition du Comité de l'assurance (Note CSS 2020/237), la CNMM coopérera pleinement avec la taskforce « créée au sein de l'INAMI en vue d'élaborer un plan de soins efficaces (réduction des variations de la pratique médicale, prescription rationnelle...) tout en gardant à l'esprit un certain budget qui devrait générer en 2022 des gains d'efficacité sur une base structurelle. Avant le 30 juin 2021, un rapport sera soumis au Comité de l'assurance qui assurera la supervision et la coordination. L'objectif est de réinvestir intégralement les sommes concernées dans les soins de santé. »

Ce plan sera élaboré en concordance avec les objectifs politiques du gouvernement et en étroite concertation avec les spécialités médicales concernées. Il ne peut entraîner de charges supplémentaires pour le patient, ni de modifications des rétrocessions sur les honoraires dans le secteur hospitalier.

La CNMM contribuera également à la mise en œuvre de la décision du gouvernement d'augmenter encore la part des médicaments à bas prix et des biosimilaires et de responsabiliser les prescripteurs. Ces mesures feront l'objet d'une concertation préalable.

2.3.2. Dans ce contexte, la CNMM s'est fixée comme objectif d'élaborer des mesures en 2021 pour un montant de 40 mios d'euros sur base annuelle afin de pouvoir concrétiser parallèlement plusieurs des revalorisations proposées par la CNMM. Ces glissements peuvent s'accompagner de stimulants pour les dispensateurs de soins afin d'atteindre les objectifs fixés.

2.3.3. Les mesures doivent s'inscrire dans le principe « les soins adéquats, au bon endroit, pour un prix correct » et s'appuieront, entre autres, sur des recommandations scientifiques et des propositions du KCE.

2.3.4. L'objectif prévu servira en premier lieu à apurer une mesure prévue en 2020 qui n'a pas été réalisée. (impact 4,7 mios d'euros).

Le montant restant pourra être utilisé prioritairement pour les initiatives suivantes :

- amélioration de la protection sociale des MSF/MGF sans que cela ne puisse mener à une limitation des revenus nets. Une proposition concrète sera élaborée en concertation avec les organisations de médecins en formation concernées avant le 31 mars 2021 (impact : 10 mios d'euros);
- revalorisation des honoraires de surveillance en gériatrie (impact : 5 mios d'euros);
- examen d'un patient admis en hôpital (599082) (impact : 1,7 mio d'euros)
- revalorisation de la consultation chez le pneumologue (impact : 2 mio d'euros)
- extension et revalorisation du DMG (impact 8,8 mio d'euros);
- révision du libellé de la visite d'un médecin chez un patient résidant dans un centre d'hébergement et de soins pour personnes âgées (impact 4 mios d'euros) ;
- projet Prisma (impact : 0,2 mios d'euros)

De NCAZ stelt vast dat de honorariamassa voor huisartsen 20,25 % bedraagt en deze van de specialisten 79,75 %. Voorgesteld wordt om de overeenstemmende indexmassa op dezelfde wijze te verdelen, waarbij de honoraria die per koninklijk besluit of overeenkomst worden geïndexeerd in rekening worden gebracht.

De verstrekkingen voor klinische biologie en medische beeldvorming worden geïndexeerd met 0,80%.

De honoraria voor raadplegingen, bezoeken en adviezen worden geïndexeerd met 1,01 %. Het GMD wordt geïndexeerd met 1,25% om een honorarium van 32,00 euro te bereiken in 2021.

De speciale verstrekkingen en de verstrekkingen voor gynaecologie en toezicht worden met 0,84% aangepast. Het Multidisciplinair oncologisch consult (MOC) wordt geïndexeerd aan 1,01%.

De verstrekkingen voor heelkunde worden met 0,90% geïndexeerd. Deze rubriek omvat de verstrekkingen van:

- artikel 12 (anesthesiologie);
- artikel 13 (reanimatie);
- artikel 14 (heelkunde) met uitzondering van artikel 14 l (stomatologie) en artikel 14 g (gynaecologie en verloskunde);

De honoraria buiten de nomenclatuur worden met 1,01 % geïndexeerd. De uitgaven met betrekking tot kwaliteitscontrole labo's worden geïndexeerd met 0,80%. Er wordt geen index voorzien voor de geïntegreerde praktijkpremie.

2.3. Doelmatige zorg

2.3.1. Conform het voorstel van het Verzekeringscomité (Nota CGV 2020/237) zal de NCAZ haar volle medewerking verlenen aan de Task Force "die in de schoot van het RIZIV wordt opgericht om een plan doelmatige zorg (vermindere van de medische praktijkvariëaties, rationeel voorschrijven, ...) uit te werken en daarbij een bepaald budget voor ogen te houden dat in 2022 op structurele basis efficiëntiewinsten moet genereren. Voor 30 juni 2021 zal hierover verslag aan het Verzekeringscomité worden uitgebracht dat er toezicht op houdt en een coördinerende rol opneemt. De bedoeling is om de betrokken bedragen integraal terug te investeren in de zorg."

Dit plan zal worden uitgewerkt in overeenstemming met de beleidsdoelstellingen van de regering en in nauw overleg met de betrokken medische specialisten. Het mag niet leiden tot bijkomende lasten voor de patiënt, noch tot een aanpassing van de afdrachten op de honoraria in de ziekenhuissector.

De NCAZ zal ook meewerken aan de uitvoering van de beslissing van de regering om het aandeel van goedkope geneesmiddelen en biosimilars verder te verhogen en om de voorschrijvers te responsabiliseren. Deze maatregelen maken het voorwerp uit van voorafgaand overleg.

2.3.2. In dit verband stelt de NCAZ zich tot doel om in 2021 maatregelen uit te werken ten belope van 40 mio EUR op jaarbasis teneinde parallel met de uitvoering ervan een aantal door de NCAZ voorgestelde herwaarderingen te kunnen doorvoeren. Deze verschuivingen kunnen gepaard gaan met incentives voor de zorgverleners om de vooropgestelde doelstellingen te bereiken.

2.3.3. De maatregelen moeten kaderen in het principe 'de juiste medische zorg op de juiste plaats tegen de juiste prijs' en zullen onder meer gebaseerd worden op wetenschappelijke aanbevelingen en voorstellen van het KCE.

2.3.4. Het vooropgestelde objectief zal in de eerste plaats worden aangewend voor het aanzuiveren van een in 2020 voorziene maatregel die niet werd uitgevoerd (impact 4,7 mio EUR).

Het resterende bedrag zal prioritair worden aangewend voor volgende initiatieven:

- verbetering van de sociale bescherming van de ASO/HAIO zonder dat dit mag leiden tot een inkrimping van de netto lonen. Een concreet voorstel zal in overleg met de betrokken organisaties van artsen in opleiding worden uitgewerkt vóór 31 maart 2021 (impact: 10 mio EUR);
- herwaardering toezichthonorarium geriatrie (impact: 5 mio EUR)
- onderzoek van een in een ziekenhuis opgenomen patiënt (599082) (impact: 1,7 mio EUR)
- herwaardering raadpleging pneumoloog (impact: 2 mio EUR)
- uitbreiding en herwaardering van het GMD (impact: 8,8 mio EUR);
- herziening van de omschrijving van het bezoek van een arts aan een bewoner verblijvend in een woonzorgcentrum voor bejaarden (impact 4 mio EUR);
- project Prisma (impact: 0,2 mio EUR);

- revalorisation de l'anesthésie pour narcodontie chez les enfants et les personnes vulnérables (impact : 0,6 mios d'euros);

- mesures spécifiques sur le plan de l'accessibilité (impact : 3 mios d'euros).

2.4. Approche pluriannuelle

À la suite de la fixation et de l'approbation de l'objectif budgétaire global 2021 le 19 octobre 2020, le gouvernement a affirmé partager la volonté d'adapter le cadre budgétaire de l'assurance maladie pour permettre la concertation dans une perspective pluriannuelle prévisible, d'encourager le décloisonnement et de soutenir la mise en œuvre des réformes nécessaires concernant les objectifs de santé prioritaires.

À cet égard, notons que l'INAMI a estimé à 1,4 % la croissance annuelle réelle des dépenses pour les honoraires des médecins pour la période 2021-2024. Or ce pourcentage est largement inférieur à la croissance autorisée pour l'objectif budgétaire global, celui-ci ayant été fixé à 2,5 % pour la période 2022-2024.

La CNMM insiste pour autoriser une croissance d'au moins 2 % par an en tenant compte des besoins. Cela permettrait d'investir un montant supplémentaire d'environ 60 millions d'euros dans les soins médicaux. La CNMM est d'accord que, conformément à l'accord de gouvernement, cet investissement devrait servir à élargir le paquet d'assurance, à améliorer l'accessibilité, à renforcer la première ligne et à promouvoir les soins intégrés, à améliorer la qualité et à introduire des innovations pour le patient. Toutefois, il convient également de veiller à un meilleur remboursement des honoraires pour les contacts au chevet des patients et un soutien aux pratiques pour les tâches liées aux soins des patients chroniques.

3. PROJETS SPÉCIFIQUES

3.1. Télémedecine

3.1.1. Pour assurer la continuité des soins pendant la crise de la COVID-19, l'INAMI a, en mars 2020, pris des initiatives pour permettre les soins à distance via des consultations par téléphone et par vidéo pour les dispensateurs de soins et les patients. Un groupe de travail transversal sur les soins numériques a été créé au sein du Comité de l'assurance de l'INAMI à la mi 2020. Ce groupe de travail est notamment chargé de concevoir un cadre pour les téléconsultations, la télé-expertise et la télésurveillance. Ceci vaut aussi pour les applications de mHealth. Le groupe de travail a également organisé une enquête auprès des dispensateurs de soins et des patients pour connaître leur expérience et leurs attentes en la matière.

3.1.2. Compte tenu de ces constats et de l'analyse du KCE (rapport 328B), nous prévoyons pour le premier semestre de 2021 un cadre juridique clair et simple en matière de prestations de télémedecine afin de favoriser des soins de qualité. En attendant, les honoraires provisoires appliqués seront maintenus.

3.1.3. De nouvelles mesures sont prises en matière de télé-expertise : le projet de télé-dermatologie se poursuit et un projet de télé-ophtalmologie est lancé. On misera aussi sur les applications mobiles pour la télé-expertise entre médecins (ex. Prisma).

3.1.4. Début 2021 sera également lancé un projet transversal pour le télé-monitoring de la COVID-19.

3.1.5. La CNMM souhaite que la possibilité temporairement prévue en 2020 de participer à la COM par vidéoconférence soit maintenue. Le groupe de travail ad hoc COM du CTM évaluera l'application de la nomenclature COM actuelle et formulera des propositions afin de résoudre les problèmes constatés.

3.1.6. La CNMM souhaite qu'on fasse de fameux pas en avant en 2021 dans le dossier « decision support » pour l'imagerie médicale et la biologie clinique.

3.2. Postes de garde et coopérations

3.2.1. En 2021, le budget des postes de garde de médecine générale s'élèvera à 34.768 millions d'euros, ce qui correspond à une hausse de 4,9 % par rapport au budget 2020. Ceci permettra de financer le fonctionnement de 4 nouveaux projets et l'extension de 6 postes de garde existants. Ce budget contient aussi un montant de 750.000 EUR pour le financement des coopérations. Le financement pour les gardes en semaine dans le cadre de la COVID-19 est prolongé. Il s'agit d'un montant de 1 mio d'euros.

- herwaardering van de anesthesie voor narcodontie bij kinderen en kwetsbare personen (impact: 0,6 mio EUR);

- specifieke maatregelen op het vlak van de toegankelijkheid (impact: 3 mio EUR).

2.4. Meerjarenapproach

Naar aanleiding van de vaststelling en de goedkeuring van de globale begrotingsdoelstelling 2021 op 19 oktober 2020 stelde de regering die zich achter het doel schaarde om het begrotingskader van de ziekteverzekering aan te passen, om het overleg binnen een voorspelbaar meerjarenperspectief mogelijk te maken, de ontschotting aan te moedigen en de uitvoering van de noodzakelijke hervormingen met betrekking tot de prioritaire gezondheidszorgdoelstellingen te ondersteunen.

In dit verband moet worden vastgesteld dat de jaarlijkse reële groei van de uitgaven inzake artsenhonoraria in de periode 2021-2024 door het RIZIV wordt geraamd op 1,4 %. Dit percentage ligt merkkelijk lager dan de toegelaten groei van de globale begrotingsdoelstelling die voor de periode 2022-2024 werd vastgesteld op 2,5 %.

De NCAZ dringt erop aan om rekening houdend met de behoeften een groeipad toe te laten van minstens 2 % per jaar. Dit zou tot gevolg hebben dat een bijkomend bedrag van ca 60 mio EUR in de medische zorg zou kunnen worden geïnvesteerd. De NCAZ is het erover eens dat deze investering conform het regeerakkoord moet worden ingezet voor de uitbreiding van het verzekerd pakket, het verbeteren van de toegankelijkheid, een versterking van de eerste lijn en het bevorderen van geïntegreerde zorg, het verbeteren van de kwaliteit en het introduceren van innovatie voor de patiënt. Hierbij dient evenwel ook aandacht uit te gaan naar een betere vergoeding van de honoraria bij rechtstreekse patiëntencontacten en praktijkondersteuning voor de taken die verbonden zijn aan de zorg voor chronische patiënten.

3. SPECIFIEKE PROJECTEN

3.1. Telegeneeskunde

3.1.1. Om de continuïteit van de zorg tijdens de COVID-19-crisis te verzekeren werden door het RIZIV in maart 2020 initiatieven genomen om zorg op afstand via telefonische of videoconsultaties voor zorgverleners en patiënten mogelijk te maken. Medio 2020 werd tevens in de schoot van het Verzekeringscomité van het RIZIV een transversale werkgroep digitale zorg opgericht. Deze werkgroep heeft onder meer tot doel om een kader uit te werken voor teleconsultaties, tele-expertise en telemonitoring. Dit geldt ook voor mHealth toepassingen. De werkgroep organiseerde ook een bevraging bij zorgverleners en patiënten nopens hun ervaringen en verwachtingen ter zake.

3.1.2. Rekening houdend met deze bevindingen en met de analyse van het KCE (rapport 328A) voorzien we in de eerste helft van 2021 in een duidelijk, eenvoudig wettelijk kader in verband met de telegeneeskundige verstrekkingen om zo de kwalitatieve zorg te bevorderen. In afwachting hiervan worden de tijdelijk toegepaste honoraria gehandhaafd.

3.1.3. Er worden verdere stappen gezet in de tele-expertise: het project teledermatologie wordt verder gezet en een project tele-oftalmologie wordt opgestart. Tevens wordt ingezet op mobiele applicaties voor tele-expertise tussen artsen (bijv. Prisma).

3.1.4. Ook een transversaal project telemonitoring COVID-19 wordt begin 2021 gelanceerd.

3.1.5. De NCAZ wenst dat de mogelijkheid die in 2020 tijdelijk werd voorzien om via videoconferenties deel te nemen aan de MOC zal worden bestendigd. Tevens zal de ad-hocwerkgroep MOC van de TGR een evaluatie maken van de toepassing van de bestaande MOC-nomenclatuur en voorstellen formuleren om de vastgestelde knelpunten weg te werken.

3.1.6. De NCAZ wenst dat in het dossier "decision support" voor medische beeldvorming en klinische biologie in 2021 belangrijke stappen worden gezet.

3.2. Wachtposten en samenwerkingsverbanden

3.2.1. Het budget van de huisartsenwachtposten bedraagt in 2021 34.768 duizend EUR, hetzij een stijging met 4,9 % ten opzichte van het budget 2020. Dit maakt het mogelijk om de werking van 4 nieuwe initiatieven en 6 uitbreidingen van bestaande wachtposten te financieren. Dit budget bevat ook een bedrag van 750.000 EUR voor de financiering van de samenwerkingsverbanden. De COVID-19-financiering met betrekking tot de weekwachten zal worden verlengd. Het betreft een bedrag van 1 mio EUR.

3.2.2. En vertu de l'arrêté royal du 10 septembre 2020 relatif à la permanence médicale par les médecins généralistes et à l'agrément des coopérations fonctionnelles qui entrera en vigueur en principe le 1^{er} juillet 2021, à partir de cette date la permanence médicale devra être assurée par des coopérations fonctionnelles qui couvrent une zone géographique donnée et qui sont agréées par le ministre fédéral de la Santé publique. Les coopérations fonctionnelles comprennent toujours au minimum 2 postes de garde.

Les coopérations fonctionnelles doivent s'affilier au système d'appel centralisé 1733. Le CNMM appelle à un déploiement rapide et qualitatif du système 1733. Les coopérations fonctionnelles prennent la forme d'une asbl. Elles détaillent également l'articulation de la permanence médicale avec les autres intervenants dans le cadre des soins non planifiables, tels que les services d'urgence locaux. Les coopérations fonctionnelles doivent introduire une demande d'agrément.

La CNMM insiste sur un timing réaliste pour l'implémentation. Entretemps, la CNMM s'engage à répertorier pour le 31 mars 2021, avec l'aide des coordinateurs des postes de garde de médecine générale, les coopérations potentielles. Sur cette base, un plan d'implémentation concret et un scénario seront élaborés en collaboration avec le SPF Santé publique. Ils seront soumis pour approbation à la CNMM avant le 30 juin 2021.

3.2.3. Ensuite, un budget de 3.030 milliers d'euros est prévu pour l'organisation de gardes en semaine. En outre, la CNMM décide de prolonger jusqu'au 30 juin 2021 le financement des 15 projets existants. En se basant notamment sur l'évaluation des projets en cours, le groupe de travail « postes de garde de médecine générale » de la CNMM formulera une proposition portant sur les modalités et les conditions de financement des gardes en semaine.

3.2.4. Enfin la réforme des honoraires de disponibilité sera préparée.

3.3. Accréditation

3.3.1. L'Accord national médico-mutualiste 2018-2019 prévoyait la révision du système d'accréditation.

Sur le plan du contenu, il avait été décidé de partir d'un système en trois volets:

- le suivi de la formation professionnelle continue, pour soutenir le cycle PCDA du médecin ou de la pratique médicale, à travers des programmes agréés, des formations et des parcours d'e-learning en relation avec les évolutions scientifiques pertinentes et en tenant compte des priorités définies dans le plan EBP ;

- la participation au peer review dans des groupes de qualité locaux (GLEM) en vue du développement d'une coopération professionnelle utile et de la formulation de programmes d'amélioration qualitative au niveau du GLEM ;

- la réalisation d'objectifs généraux ou individuels en matière de qualité, basés sur un ensemble d'indicateurs de prescription et de traitement mis au point avec des experts appartenant aux associations scientifiques pertinentes.

Jusqu'à présent, aucune avancée significative n'a pu être enregistrée en la matière. La CNMM souhaite confirmer les principes précités. Elle charge également les présidents du CNPQ et du groupe de direction de l'accréditation de concevoir, en concertation avec toutes les parties prenantes, un plan de réforme à soumettre à la CNMM pour le 30 juin 2021.

3.3.2. Sur le plan financier, des démarches ont déjà été entreprises pour mieux répartir la masse financière destinée à l'accréditation, en tenant compte du principe « à efforts équivalents, rémunération équivalente ».

C'est dans cet esprit que les suppléments d'accréditation pour les honoraires forfaitaires en biologie clinique ont été réduits en 2020. L'accord stipulait également que dans les années à venir, on s'efforcera d'atteindre cette équivalence.

À ce propos, force est de constater que la différence en termes d'honoraires pour les consultations varie de manière notable d'une catégorie de médecins à l'autre.

La CNMM propose que l'équipe scientifique chargée de préparer la réforme de la nomenclature soit invitée à élaborer une proposition concrète d'ici le 30 juin 2021 qui permette d'aplanir les différences existantes et de les répartir plus équitablement.

3.2.2. Ingevolge het koninklijk besluit van 10 september 2020 betreffende de medische permanentie door huisartsen en de erkenning van functionele samenwerkingsverbanden dat in beginsel op 1 juli 2021 in werking treedt, moet vanaf die datum de medische permanentie worden verzekerd door functionele samenwerkingsverbanden die een bepaald geografisch gebied bestrijken en die erkend worden door de federale minister van Volksgezondheid. De functionele samenwerkingsverbanden bestaan steeds uit minstens 2 wachtposten.

De samenwerkingsverbanden dienen aan te sluiten bij het eenvormig oproepsysteem 1733. De NCAZ dringt aan op een spoedige en kwalitatieve uitrol van het systeem 1733. De samenwerkingsverbanden nemen de vorm aan van een VZW. Ze tonen ook aan hoe de medische permanentie met andere partijen van de niet-planbare zorg, zoals de lokale spoeddiensten, wordt georganiseerd. De functionele samenwerkingsverbanden dienen een aanvraag om erkenning in te dienen.

De NCAZ dringt aan op een realistische timing van de implementatie. Ondertussen verbindt de NCAZ zich ertoe om, samen met de regionale coördinatoren van de huisartsenwachtposten en de huisartsenkringen, tegen 31 maart 2021 een cartografie op te maken van de mogelijke samenwerkingsverbanden. Op basis hiervan zal samen met de FOD volksgezondheid een concreet implementatieplan, een draaiboek en een structureel financieel kader worden opgesteld dat aan de NCAZ voor 30 juni 2021 ter goedkeuring wordt voorgelegd.

3.2.3. Verder is ook een budget van 3.030 duizend EUR voorzien voor de ontwikkeling van weekwachten. Daarnaast beslist de NCAZ om de financiering van de bestaande 15 projecten verder te zetten tot 30 juni 2021. Mede op basis van de evaluatie van de lopende projecten zal de werkgroep huisartsenwachtposten van de NCAZ een voorstel formuleren op welke wijze en onder welke voorwaarden weekwachten verder kunnen worden gefinancierd.

3.2.4. Ten slotte moet ook de hervorming van de beschikbaarheids-honoraria worden voorbereid.

3.3. Accreditering

3.3.1. In het akkoord artsen ziekenfondsen 2018-2019 was voorzien dat het accrediteringssysteem zou worden herzien.

Op inhoudelijk vlak werd hierbij beslist uit te gaan van een drietrapsstelsel gebaseerd op drie pijlers:

- het volgen van permanente professionele navorming ter ondersteuning van de PCDA-cyclus van de arts of artsenpraktijk via erkende programma's, opleidingen en e-learning trajecten met betrekking tot relevante wetenschappelijke ontwikkelingen en de prioriteiten vastgesteld in het kader van een EBP-plan;

- de deelname aan peer review in lokale kwaliteitsgroepen gericht op het ontwikkelen van professionele samenwerking en het formuleren van kwalitatieve verbeterprogramma's op groepsniveau;

- het realiseren van algemene of individuele kwaliteitsdoelstellingen gebaseerd op een set indicatoren inzake voorschrijven en behandeling die wordt ontwikkeld samen met experts van de betrokken wetenschappelijke verenigingen.

Tot nog toe konden ter zake geen betekenisvolle stappen worden gezet. De NCAZ wenst voornoemde principes te bevestigen. Ze belast tevens de voorzitters van de NRKP en van de accrediteringsstuurgroep om, in samenspraak met alle betrokken stakeholders, tegen 30 juni 2021 een hervormingsplan aan de NCAZ voor te leggen.

3.3.2. Op financieel vlak werden reeds stappen gezet om de financiële massa inzake accreditering beter te herverdelen rekening houdend met het principe dat gelijkwaardige inspanningen gelijkwaardig moeten worden gehonoreerd.

Met dat doel werden in 2020 de accrediteringstoelagen op de forfaitaire honoraria klinische biologie gereduceerd. Het akkoord bepaalde ook dat in de volgende jaren een verdere gelijkwaardigheid zou worden nagestreefd.

In dat verband moet worden vastgesteld dat het verschil in honorering tussen de raadplegingen merkelijk verschilt naargelang de groep artsen.

De NCAZ stelt voor dat de wetenschappelijke equipe die belast is met de voorbereiding van de hervorming van de nomenclatuur tegen 30 juni 2021 een concreet voorstel ontwikkelt dat toelaat de bestaande verschillen uit te vlakken en rechtvaardiger te verdelen.

3.4. Nomenclature

3.4.1. Le 25 septembre 2019, l'INAMI a donné le coup d'envoi d'une réforme structurelle de la nomenclature des prestations de santé. Cette réforme est soutenue par trois équipes scientifiques et se déroule en trois phases :

- phase 1 : restructuration et adaptation du libellé des prestations
- phase 2 : détermination du rapport existant entre les différentes prestations sur la base de critères objectifs
- phase 3 : évaluation des frais de fonctionnement nécessaires à la mise en œuvre des prestations de santé.

Cette réforme est cruciale dans le cadre de la réforme du financement des hôpitaux mais aussi en vue de corriger des différences de revenus déraisonnables entre médecins généralistes et médecins spécialistes et entre médecins spécialistes entre eux. Une adaptation de la nomenclature aux nouveaux modèles de prestation des soins (télé médecine, soins multidisciplinaires,...) est indispensable.

La première phase sera finalisée dans le courant de 2021. Les différents groupes professionnels ont été intensivement associés à ce sujet.

La CNMM insiste pour qu'on puisse entamer en parallèle les deux prochaines phases en 2021. Des adaptations techniques à la facturation seront aussi déjà élaborées.

3.4.2. Ensuite, en 2021, une attention spécifique sera prêtée aux secteurs suivants: biologie clinique, imagerie médicale et médecine nucléaire.

La CNMM souhaite que toutes les parties prenantes prennent des mesures rapides pour distinguer de façon transparente et standardisée, au sein des honoraires de tous les médecins, la partie « honoraires médicaux destinés à couvrir tous les frais directement ou indirectement liés à l'exécution de prestations médicales et non couverts par d'autres sources » de la partie « honoraires destinés à couvrir la prestation du médecin ». Cet ajustement ne peut être dissocié de la réforme du financement des hôpitaux. A cet égard il importe essentiellement les trois éléments suivants :

- premièrement des garanties légales doivent être prévues en matière de gestion médicale en ce qui concerne la partie des honoraires qui est liée aux coûts ;
- deuxièmement cela doit également aller de pair avec l'établissement d'un encadrement légal dans l'esprit de l'article 155, § 3, alinéa 2 de la loi sur les hôpitaux;
- troisièmement cela doit aller de pair avec une réduction simultanée des contributions des honoraires médicaux au gestionnaire d'hôpital ainsi qu'une meilleure gestion des suppléments.

De plus, la CNMM est d'avis que les efforts du gouvernement en vue du refinancement des hôpitaux doivent également mener à une diminution des rétrocessions et avoir un effet proportionné sur le niveau des honoraires supplémentaires.

3.5. Simplification administrative

La CNMM a pris connaissance de la demande des organisations représentatives des médecins de coordonner les efforts en vue de réaliser la simplification administrative, en particulier sur le plan des certificats Chapitre IV, l'uniformisation des attestations d'incapacité de travail, la diminution des certificats médicaux de courte durée et l'accessibilité pour des groupes vulnérables. L'objectif est de permettre aux médecins de se focaliser sur leurs tâches primordiales.

Une concertation entre les différentes instances devrait également être organisée afin de limiter le nombre de certificats sans valeur ajoutée médicale spécifique.

La CNMM et l'INAMI souhaitent apporter leur pleine collaboration à cette initiative. Un groupe de travail spécifique sera mis sur pied avec les parties prenantes concernées et les partenaires sociaux pour formuler d'ici le 31 mars 2021 un certain nombre de propositions concrètes sur la base des analyses disponibles.

3.6. MGF et MSF

3.6.1. La CNMM plaide en faveur d'une modification en profondeur des droits sociaux du médecin en formation. Elle se réjouit qu'à l'occasion de l'injection financière accordée au secteur hospitalier par le gouvernement, on a consenti un effort particulier pour les MSF. La CNMM demande au ministre de veiller à ce que les montants prévus pour le MSF leur soient effectivement alloués.

3.4. Nomenclatuur

3.4.1. Op 25 september 2019 werd door het RIZIV het startschot gegeven voor een structurele hervorming van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen. Deze hervorming wordt ondersteund door 3 wetenschappelijke equipes en verloopt in drie fasen:

- fase 1: herstructureren en aanpassing van de omschrijving van de verstrekkingen;
- fase 2: vaststelling van de onderlinge verhouding tussen de verschillende verstrekkingen op basis van objectieve criteria;
- fase 3: evalueren van de werkingskosten noodzakelijk voor de uitvoering van de medische verstrekkingen.

Deze hervorming is cruciaal in het kader van de hervorming van de ziekenhuisfinanciering maar ook met het oog op het corrigeren van onredelijke inkomensverschillen tussen huisartsen en artsenspecialisten en tussen artsenspecialisten onderling. Een aanpassing van de nomenclatuur aan de nieuwe modellen van zorgverlening (telegeneeskunde, multidisciplinaire zorg, ...) is broodnodig.

De eerste fase zal in de loop van 2021 worden gefinaliseerd. De verschillende beroepsgroepen werden hierbij intensief betrokken.

De NCAZ dringt erop aan dat in 2021 parallel van start kan worden gegaan met de volgende fasen. Ook zullen reeds technische facturatie-aanpassingen worden uitgewerkt.

3.4.2. Verder zal in 2021 specifieke aandacht worden besteed aan volgende sectoren: klinische biologie, medische beeldvorming en nucleaire geneeskunde.

De NCAZ wenst dat hierbij door alle betrokken stakeholders snel stappen worden gezet om, binnen de honoraria van alle artsen, het gedeelte "medisch honorarium bestemd om alle kosten die direct of indirect verbonden zijn aan de uitvoering van de medische verstrekkingen en die niet gedekt worden door andere bronnen" op een transparante en gestandaardiseerde manier te onderscheiden van het gedeelte "honorarium bestemd om de verstrekking van de arts te dekken". Deze aanpassing kan niet los gezien worden van de hervorming van de ziekenhuisfinanciering. Hierbij zijn volgende drie elementen van essentieel belang:

- ten eerste moeten met betrekking tot het kostengedeelte van de honoraria wettelijke garanties worden voorzien op het vlak van het medisch beheer;
- ten tweede dient een wettelijke omkadering te worden vastgesteld in de zin van artikel 155, § 3, tweede lid van de ziekenhuiswet;
- ten derde moet dit gepaard gaan met een simultane inkrimping van de medische honorariumafdrachten aan de ziekenhuisbeheerder alsook met een betere beheersing van de supplementen.

Bovendien is de NCAZ van oordeel dat inspanningen die door de overheid geleverd worden met het oog op de herfinanciering van de ziekenhuizen ook moeten leiden tot een daling van de afdrachten en een evenredig effect hebben op het niveau van de ereloon-supplementen.

3.5. Administratieve vereenvoudiging

De NCAZ heeft kennis genomen van de vraag van de representatieve artsorganisaties de krachten te bundelen om administratieve vereenvoudiging te realiseren, inzonderheid op het vlak van attesten Hoofdstuk IV, de uniformering van de attesten arbeidsongeschiktheid, het terugdringen van ziekteattesten voor korte duur en de administratieve toegankelijkheid voor kwetsbare groepen. De doelstelling ervan is de artsen het mogelijk te maken zich toe te leggen op hun kerntaken.

Tevens dient een overleg tussen verschillende instanties te worden georganiseerd teneinde het aantal attesten zonder specifieke medische meerwaarde te beperken.

De NCAZ en het RIZIV wensen hun volle medewerking te verlenen aan dit initiatief. Een bijzondere werkgroep zal worden opgericht om op basis van de beschikbare analyses reeds tegen 31 maart 2021 een aantal concrete voorstellen te formuleren samen met de betrokken stakeholders en de sociale partners.

3.6. HAIO's en ASO's

3.6.1. De NCAZ bepleit een grondige aanpassing van de sociale rechten van de arts in opleiding. Ze juicht toe dat naar aanleiding van de financiële injectie die door de overheid werd verleend aan de ziekenhuissector een bijzondere inspanning werd voorzien voor de ASO. De NCAZ verzoekt de minister erop toe te zien dat de voor de ASO voorziene bedragen effectief aan hen worden toegekend.

Toutefois, d'autres étapes doivent être prises sur ce plan en vue de garantir une rémunération équitable et uniforme et des conditions de travail correctes. Les autorités compétentes doivent aussi veiller à la qualité de la formation.

3.6.2. Le montant du statut social des MGF et MSF s'élève à 6.351,21 EUR pour l'année 2021.

3.6.3. Enfin, un montant de 10 mios d'euros sera libéré via le projet « soins efficaces » (cf point 2.3.4.).

3.6.4. La CNMM souhaite prendre connaissance pour le 31 mars 2021 de l'impact financier de l'adaptation de la rémunération et de l'amélioration de la protection par la sécurité sociale.

3.7. Dossier médical global (DMG) et prime de pratique

3.7.1. Les mesures relatives à la réforme du DMG entreront en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2021. Le DMG est un pilier essentiel pour des soins de qualité dispensés au patient et un facteur crucial sur le plan du partage des données.

En 2021, cette réforme du DMG sera suivie de près par le groupe de travail qui, après analyse et identification des problèmes éventuels, formulera des recommandations pour ajuster le processus et affiner la réglementation, en accordant une attention particulière aux médecins généralistes débutants n'ayant que peu voire pas de revenus liés au DMG.

3.7.2. Parallèlement à cette réforme, l'attention nécessaire doit être accordée à l'amélioration de la qualité du DMG. La CNMM propose qu'un nombre de paramètres soient développés pour permettre de mesurer la qualité du DMG. Le groupe de travail formulera des propositions à cette fin au cours du premier semestre de 2021. Ces paramètres seront intégrés dans les conditions d'octroi dès 2022. Les incitations données au DMG servent à augmenter la qualité afin d'atteindre les objectifs de santé tels que décrits dans l'accord de gouvernement.

3.7.3. Dans le cadre de la taskforce « soins efficaces », on examinera également si le DMG malades chroniques peut être étendu à des catégories d'âge supplémentaires avec une qualité de contenu.

3.7.4. Les conditions pour l'octroi de la prime de pratique intégrée restent inchangées pour l'année 2021.

3.7.5. L'introduction de critères de qualité dans la prime de pratique intégrée – en l'occurrence dans la proposition relative au DMG – répond à un souhait fréquemment exprimé.

Toutefois, il est important de vérifier à l'avance si ces paramètres peuvent faire l'objet d'un suivi dans tous les logiciels de médecine générale, et il faut vérifier et prouver à l'avance que, par exemple, l'extraction automatique est possible sans aucune manipulation supplémentaire.

4. ACCESSIBILITÉ

4.1. La CNMM est d'avis que l'interdiction d'application du système du tiers payant pour les consultations et les visites doit être levée. Cette mesure devrait toutefois être accompagnée de mesures connexes pour garantir une application correcte du tiers payant.

4.2. La CNMM développera les propositions de mesures nécessaires devant permettre d'apporter une meilleure transparence concernant l'attestation des suppléments d'honoraires dans le secteur ambulatoire. D'ici le 30 juin 2021, la CNMM procédera à une analyse concernant l'attestation de suppléments pour des prestations en services techniques médicaux (biologie, imagerie, services nucléaires et anatomie pathologique). La possibilité d'un conventionnement au niveau des laboratoires sera par ailleurs examinée.

4.3. La CNMM insiste pour qu'un modèle standard d'estimation des coûts pour un nombre d'hospitalisations courantes soit préparé et soit introduit au plus tard le 1^{er} janvier 2022, parallèlement à l'adaptation du modèle de la facture patient.

4.4. La CNMM rappelle sa position sur le fait d'établir « - dès que possible au début de la prochaine législature - un cadre budgétaire pluriannuel pour le secteur hospitalier où divers défis seraient relevés de manière intégrée. Un trajet de maîtrise pour les suppléments dans le secteur hospitalier devrait y être prévu, en tenant compte également du fait qu'à l'avenir, les hôpitaux constitueront des réseaux entre eux. Ce trajet de maîtrise devrait également tenir compte du niveau des suppléments d'honoraires actuellement attestés. Le trajet de maîtrise devrait se rapporter tant aux suppléments qu'aux retenues dans les hôpitaux. »

Evenwel dienen op dit vlak verdere stappen worden gezet met het oog op een billijke, eenvormige verloning, met respect voor de wettelijke uren en waarborgen van correcte arbeidsomstandigheden. Ook de kwaliteit van de opleiding moet door de bevoegde overheden worden bewaakt.

3.6.2. Het bedrag van het sociaal statuut voor HAIO's en ASO's bedraagt voor het jaar 2021 6.351,21 EUR.

3.6.3. Ten slotte zal via het project doelmatige zorg (punt 2.3.4.) een bedrag van 10 mio EUR worden vrijgemaakt.

3.6.4. De NCAZ wenst tegen 31 maart 2021 kennis te nemen van de financiële weerslag van de aanpassing van de verloning en van de verbetering van de sociale zekerheidsbescherming.

3.7. Globaal Medisch dossier (GMD) en praktijkpremie

3.7.1. Met ingang van 1 januari 2021 treden de maatregelen in werking met betrekking tot de hervorming van het GMD. Het GMD is een essentiële bouwsteen voor de kwaliteitsvolle zorg van de patiënt en een cruciale factor op het vlak van gegevensdeling.

In 2021 zal deze hervorming van het GMD van nabij opgevolgd worden door de werkgroep, die na analyse en vaststelling van eventuele problemen, aanbevelingen zal doen voor de bijsturing van het proces en de verfijning van de regelgeving met bijzondere aandacht voor de startende huisartsen met weinig of geen GMD-inkomsten.

3.7.2. Parallel met deze hervorming moet de nodige aandacht gaan naar het verbeteren van de kwaliteit van het GMD. De NCAZ stelt voor dat een aantal parameters worden ontwikkeld aan de hand waarvan de kwaliteit van het GMD kan worden gemeten. De werkgroep zal hiertoe voorstellen formuleren in de eerste helft van 2021. Deze parameters zullen vanaf 2022 in de toekenningsvoorwaarden opgenomen worden. De incentives die gegeven worden aan het GMD dienen om de kwaliteit te verhogen met als doel het realiseren van de gezondheidsdoelstellingen zoals beschreven in het regeerakkoord.

3.7.3. In het kader van de taskforce “doelmatige zorg” zal ook worden nagegaan of het GMD chronische zieken kan worden uitgebreid tot bijkomende leeftijdsgroepen met inhoudelijke kwaliteit.

3.7.4. De voorwaarden voor de toekenning van de geïntegreerde praktijkpremie blijven voor het jaar 2021 ongewijzigd.

3.7.5. De invoering van kwaliteitscriteria in de geïntegreerde praktijkpremie - in dit geval in het voorstel met betrekking tot het GMD - komt tegemoet aan een vaak geuite wens.

Het is echter belangrijk om vooraf te controleren of dergelijke parameters in alle huisartsen softwares kunnen worden opgevolgd en er moet vooraf gecontroleerd en bewezen zijn dat bijvoorbeeld automatische extractie mogelijk is zonder enige extra manipulatie.

4. TOEGANKELIJKHEID

4.1. De NCAZ is van oordeel dat het verbod tot toepassing van het systeem van derde betalende voor raadplegingen en bezoeken moet worden opgeheven. Dit dient evenwel gepaard te gaan met flankerende maatregelen die een correcte toepassing van de derde betalende kunnen verzekeren.

4.2. De NCAZ zal de nodige voorstellen uitwerken die moeten toelaten een grotere transparantie met betrekking tot het aanrekenen van supplementaire honoraria in de ambulante sector tot stand te brengen. Tegen 30 juni 2021 zal de NCAZ een analyse uitvoeren met betrekking tot de aanrekening van supplementen bij verstrekkingen in medisch technische diensten (biologie, beeldvorming, nucleaire diensten en pathologische anatomie). Daarbij zal onderzocht worden of een conventionering op labo-niveau mogelijk is.

4.3. Tevens dringt de NCAZ erop aan dat een standaardmodel van kostenraming voor een aantal courante ziekenhuisopnames wordt voorbereid en uiterlijk op 1 januari 2022 wordt ingevoerd samen met een aanpassing van het model van de patiëntfactuur.

4.4. De NCAZ herinnert aan haar standpunt waarin werd gesteld dat “zo snel mogelijk bij de aanvang van de volgende legislatuur, een budgettair meerjarenkader voor de ziekenhuissector tot stand te brengen waarin verschillende uitdagingen op geïntegreerde wijze zouden worden aan bod gebracht. Hierbij zou een beheersingspad moeten worden voorzien voor de supplementen in de ziekenhuissector, waarbij ook rekening wordt gehouden met het feit dat ziekenhuizen in de toekomst netwerken met elkaar zullen vormen. Dit beheersingspad zou ook moeten rekening houden met de hoogte van de thans aangerekende supplementaire honoraria. Het beheersingspad moet zowel betrekking hebben op de supplementen als op de afhoudingen in de ziekenhuizen.”

4.5. Augmentation du taux de conventionnement

4.5.1. La CNMM est préoccupée par le fait que certains médecins spécialistes (dermatologues, ophtalmologues, gynécologues...) ont un taux de refus d'adhésion à l'accord supérieur à 50 %. Dès lors, l'accès aux soins en question risque d'être sérieusement entravé dans plusieurs arrondissements. L'étude récente de l'AIM sur le degré de convention est une bonne base pour examiner les causes de la diminution du conventionnement dans certains disciplines et dans certaines régions.

Compte tenu de cette préoccupation, les initiatives suivantes sont proposées :

En raison du faible taux de conventionnement dans les spécialités suivantes (ophtalmologie, gynécologie, dermatologie, imagerie médicale, orthopédie...), une concertation sera lancée entre les représentants de la CNMM et les représentants des associations professionnelles concernées afin de préparer d'éventuelles initiatives pour l'avenir.

La CNMM mettra sur pied un groupe de travail permanent chargé d'examiner des propositions concernant le fonctionnement et la modernisation de la concertation et d'étudier toute mesure susceptible de contribuer à l'amélioration de l'attrait du système d'accords et à accroître la clarté pour les patients, y compris dans le cadre du conventionnement partiel.

4.5.2. Compte tenu de l'évolution inévitable vers plus d'informatisation et de dématérialisation des documents, une solution sera recherchée au sein de la CNMM, assurant un équilibre dans le secteur ambulatoire entre, d'une part, la nécessité de transparence de la part des organismes assureurs et, d'autre part, le fait d'éviter les obligations unilatérales et non concertées de la part des dispensateurs de soins. Les parties s'engagent à établir d'un commun accord un règlement permettant aux organismes assureurs du secteur ambulatoire de disposer de l'ensemble des montants attestés à l'assuré au titre des prestations remboursables dès que l'attestation par certificats papier aura été remplacée par un circuit électronique. Dans le cadre de cette concertation, il sera déterminé quel usage peut être fait des données concernées, à la lumière de la législation sur la vie privée, d'une part, et des missions légales des organismes assureurs, d'autre part.

5. AUTRES POINTS D'ATTENTION

5.1. La CNMM souhaite moderniser son règlement d'ordre intérieur et son fonctionnement.

5.2. La CNMM étudiera comment et dans quelles conditions un soutien aux médecins généralistes peut être organisé en 2022 pour les tâches liées aux soins des patients chroniques (cf point 2.4.).

5.3. La CNMM demande instamment que le délai d'exécution des mesures approuvées soit accéléré.

6. STATUT SOCIAL

Le montant du statut social 2021 pour les médecins s'élève à :

- 5.088,58 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

- 2.400,40 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 1^{er} janvier 2021, les montants de base de la pension de retraite d'une part, et de la pension de survie d'autre part ont été fixés respectivement à 6.090,59 euros et 5.075,63 euros par an.

7. 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.

4.5. Verhoging conventioneringsgraad

4.5.1. De NCAZ is bezorgd over het feit dat bij bepaalde artsenspecialisten (dermatologen, oftalmologen, gynaecologen, ...) het percentage weigeringen om toe te treden tot het akkoord meer dan 50 % bedraagt. Hierdoor bestaat het risico dat de toegang tot de betrokken zorgverlening in verschillende arrondissementen ernstig wordt belemmerd. De recente IMA-studie over de conventiegraad is een goede basis om de oorzaken te onderzoeken van de lagere toetreding in bepaalde disciplines en in bepaalde regio's.

Vanuit die bekommernis worden volgende initiatieven voorgesteld:

Omwille van de lage conventioneringsgraad in de volgende specialismen (oftalmologie, gynaecologie, dermatologie, medische beeldvorming, orthopedie, ...) zal een overleg worden opgestart tussen vertegenwoordigers van de NCAZ en vertegenwoordigers van de betrokken beroepsverenigingen teneinde mogelijke initiatieven voor de toekomst voor te bereiden.

De NCAZ richt een permanente werkgroep op waarin voorstellen worden onderzocht met de betrekking tot de werking en de modernisering van het overleg en waarbij alle maatregelen worden onderzocht die kunnen bijdragen tot een verbetering van de attractiviteit van het akkoordensysteem en tot meer duidelijkheid voor de patiënten onder meer in het kader van de gedeeltelijke conventionering.

4.5.2. In het licht van de onvermijdelijke evolutie naar meer informatisering en dematerialisering van documenten, zal in de school van de NCAZ een oplossing worden gezocht waarbij wat de ambulante sector betreft een evenwicht wordt verzekerd tussen enerzijds de vraag naar transparantie vanwege de verzekeringsinstellingen en anderzijds het vermijden van eenzijdige en niet-overlegde verplichtingen van de zorgverleners. Hierbij verbinden partijen zich ertoe om in onderling overleg een regeling tot stand te brengen waarbij de verzekeringsinstellingen wat de ambulante sector betreft over het geheel van de aan de verzekerde aangerekende bedragen kunnen beschikken naar aanleiding van terugbetaalbare verstrekkingen van zodra de attestering via papieren getuigschriften wordt vervangen door een elektronisch circuit. In het kader van dit overleg zal worden vastgesteld welk gebruik kan worden gemaakt van de betrokken gegevens, in het licht van de wetgeving op de privacy enerzijds en de wettelijke opdrachten van de verzekeringsinstellingen anderzijds.

5. ANDERE AANDACHTSPUNTEN

5.1. De NCAZ wenst het huishoudelijk reglement en haar werking te moderniseren.

5.2. De NCAZ zal onderzoeken op welke wijze en onder welke voorwaarden in 2022 een praktijkondersteuning voor huisartsen kan worden georganiseerd voor de taken die verbonden zijn aan de zorg voor chronische patiënten (zie punt 2.4.).

5.3. De NCAZ dringt erop aan om de doorlooptijd van de goedgekeurde maatregelen te versnellen.

6. SOCIAAL STATUUT

Het bedrag van het sociaal statuut 2021 voor de artsen bedraagt:

- 5.088,58 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

- 2.400,40 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.

De basisbedragen van enerzijds het rustpensioen en anderzijds het overlevingspensioen worden vanaf 1 januari 2021 vastgesteld op respectievelijk 6.090,59 EUR en 5.075,63 EUR per jaar.

7. CORRECTIEMAATREGELEN

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

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

8. SUIVI DE L'ACCORD

La CNMM assurera le suivi de l'exécution de l'accord au moyen d'un tableau de bord qui sera établi chaque trimestre. L'avancement de l'exécution de l'accord fera en plus l'objet d'une concertation avec le ministre des Affaires sociales.

9. CONDITIONS D'APPLICATION DE L'ACCORD

9.1. 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.

9.2. Médecins généralistes.

9.2.1. 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 9.2.3, les taux d'honoraires et les indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués à l'ensemble de sa pratique.

9.2.2. Les dispensateurs de soins partiellement conventionnés

9.2.2.1. 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 9.2.2.2.

Sauf durant les périodes et selon les conditions définies strictement au point 9.2.2.2, ou sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 9.2.3, les taux d'honoraires et les indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués à l'ensemble de sa pratique.

9.2.2.2. 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 :

9.2.2.2.1. un maximum de trois fois par semaine par plage de maximum quatre heures continues ;

9.2.2.2.2. 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 9.2.3.

9.2.3. Exigences particulières du bénéficiaire

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

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

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

9.2.3.3. 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 ;

9.2.3.4. 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 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.

8. OPVOLGING VAN HET AKKOORD

De NCAZ zal de uitvoering van het akkoord opvolgen via een boordtabel die trimestrieel wordt opgesteld. De voortgang van de uitvoering van het akkoord zal bovendien het voorwerp uitmaken van overleg met de Minister van Sociale Zaken.

9. TOEPASSINGSVOORWAARDEN VAN HET AKKOORD

9.1. 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.

9.2. Huisartsen

9.2.1. 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 9.2.3., de honorariumbedragen en de reisvergoedingen, vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, op zijn hele praktijk worden toegepast.

9.2.2. De gedeeltelijk geconventioneerde zorgverleners

9.2.2.1. 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 9.2.2.2 zijn bepaald.

Behalve tijdens de periodes en overeenkomstig de voorwaarden die strikt zijn bepaald in punt 9.2.2.2. of behalve wanneer de rechthebbende bijzondere eisen stelt die strikt zijn bepaald in punt 9.2.3, worden de honorariumbedragen en de reisvergoedingen, vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, op zijn hele praktijk toegepast.

9.2.2.2. 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:

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

9.2.2.2.2. 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 9.2.3.

9.2.3. 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:

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

9.2.3.2. de oproepen van zieken die voor de arts een ongevoelbaar belangrijke verplaatsing meebrengen;

9.2.3.3. 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;

9.2.3.4. de raadplegingen die op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt worden verricht na 21 uur of op zaterdagen, zondagen of 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.

9.3. Médecins spécialistes

9.3.1. 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 9.3.3., les taux d'honoraires et les indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués à l'ensemble de sa pratique.

9.3.2. Les dispensateurs de soins partiellement conventionnés

9.3.2.1. 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 9.3.2.2.

Sauf durant les périodes et selon les conditions définies strictement au point 9.3.2.2, ou sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 9.3.3, les taux d'honoraires et les indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués à l'ensemble de sa pratique.

9.3.2.2. 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) :

9.3.2.2.1. organisés durant un maximum de quatre fois par semaine par plage de maximum quatre heures continues ;

9.3.2.2.2. et pour autant que la moitié au moins du total de toutes ses prestations aux patients ambulatoires soit effectuée aux taux d'honoraires fixés conformément aux termes du présent accord sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 9.3.3, et à des heures qui conviennent normalement aux bénéficiaires de l'assurance soins de santé ;

9.3.2.2.3. et pour autant que le médecin spécialiste assure, sur chacun des sites éventuels d'exercice de sa pratique, une plage d'accès pour des prestations aux patients ambulatoires aux taux d'honoraires fixés conformément aux termes du présent accord sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 9.3.3.

9.3.3. Exigences particulières du bénéficiaire

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

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

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

9.3.3.3. 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 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.

9.4. Les taux d'honoraires et d'indemnités de déplacement prévus par le présent accord sont appliqués à tous les bénéficiaires de l'assurance soins de santé, y compris les bénéficiaires qui ont droit au régime préférentiel tels que visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, à l'exception des bénéficiaires membres d'un ménage dont les revenus annuels imposables dépassent :

soit 67.636,22 euros par ménage, augmentés de 2.253,73 euros par personne à charge, lorsqu'il n'y a qu'un seul titulaire ;

9.3. Artsen-specialisten

9.3.1. 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 9.3.3, de honorariumbedragen en de reisvergoedingen, vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, op zijn hele praktijk worden toegepast.

9.3.2. De gedeeltelijk geconventioneerde zorgverleners

9.3.2.1. 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 9.3.2.2. zijn bepaald.

Behalve tijdens de periodes en overeenkomstig de voorwaarden die strikt zijn bepaald in punt 9.3.2.2. of behalve wanneer de rechthebbende bijzondere eisen stelt die strikt zijn bepaald in punt 9.3.3, worden de honorariumbedragen en de reisvergoedingen, vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, op zijn hele praktijk toegepast.

9.3.2.2. 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):

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

9.3.2.2.2. en wanneer minstens de helft van al zijn verstrekkingen aan de ambulante patiënten wordt verricht tegen de honorariumbedragen die zijn vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, behalve wanneer de rechthebbende bijzondere eisen stelt die strikt zijn bepaald in punt 9.3.3, en op uren die normaal gezien schikken voor de rechthebbenden van de verzekering voor geneeskundige verzorging;

9.3.2.2.3. en wanneer de arts-specialist op elk van de mogelijke plaatsen van uitoefening van zijn praktijk, gedurende een bepaalde periode verstrekkingen verricht voor ambulante patiënten tegen de honorariumbedragen die zijn vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, behalve wanneer de rechthebbende bijzondere eisen stelt die strikt zijn bepaald in punt 9.3.3.

9.3.3. Bijzondere eisen van de rechthebbende

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

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

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

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

9.4. De honorariumbedragen en reisvergoedingen waarin dit akkoord voorziet, worden toegepast op alle rechthebbenden van de verzekering voor geneeskundige verzorging, waaronder de rechthebbenden die recht hebben op de voorkeurregeling en die zijn bedoeld in de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, met uitzondering van de rechthebbenden die deel uitmaken van een gezin waarvan het belastbare jaarinkomen het bedrag overschrijdt van:

67.636,22 euro per gezin, vermeerderd met 2.253,73 euro per persoon ten laste, als er slechts één gerechtigde is;

soit 45.090,32 euros par titulaire, augmentés de 2.253,73 euros par personne à charge, lorsqu'il y a plusieurs titulaires.

9.5. Les contestations concernant le point 9 feront l'objet d'un arbitrage par un collège paritaire composé par la CNMM et présidé par un fonctionnaire de l'INAMI.

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

10. LA CONCILIATION DE CONTESTATIONS

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.

11. DURÉE DE L'ACCORD

11.1. Le présent accord est conclu pour une période d'un an, à savoir du 1^{er} janvier 2021 au 31 décembre 2021 inclus.

11.2. Résiliation

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

11.2.2. L'accord peut être dénoncé entièrement ou partiellement par une partie après publication au *Moniteur belge* de mesures législatives concernant l'extension du régime obligatoire du tiers payant ou concernant la réglementation relative aux suppléments portés en compte pour les chambres particulières et/ou pour les prestations ambulatoires, sauf si ces mesures ont été prises en exécution des points 3.4.2, 4.1. ou 7 de l'accord, avec l'accord de la CNMM.

11.2.3. L'accord peut être dénoncé par une partie ou par un médecin, après la publication au *Moniteur belge* d'une législation ou réglementation qui nuit gravement de manière unilatérale et sans concertation avec les parties à l'équilibre des droits et obligations découlant du présent accord auquel le médecin a adhéré.

11.2.4. Une organisation représentative qui souhaite invoquer la dénonciation sur la base des situations visées aux points 11.2.1. à 11.2.3. le notifie par lettre recommandée à la poste, adressée au président de la CNMM, dans un délai de 15 jours après la constatation d'une des situations précitées. Dans ce cas le président de la CNMM convoque une réunion à laquelle le ministre est invité. Si aucun accord n'est trouvé à l'occasion de cette réunion, l'accord prend fin 30 jours après la survenance d'une de ces situations.

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

11.2.5. Un médecin qui souhaite invoquer la dénonciation sur la base de la situation visée aux points 11.2.1 ou 11.2.3, le notifie par lettre recommandée à la poste, adressée au président de la CNMM, dans un délai de 15 jours après la constatation d'une des situations précitées. Cette dénonciation est individuelle et est d'application à partir de l'entrée en vigueur des mesures visées aux points 11.2.1. ou 11.2.3.

11.2.6. Les partenaires s'engagent à respecter les engagements s'étendant au-delà de 2020, lors des négociations d'un prochain accord.

12. FORMALITÉS

12.1. 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 sur le portail MyInami.

of 45.090,32 euro per gerechtigde, vermeerderd met 2.253,73 euro per persoon ten laste, als er meerdere gerechtigden zijn.

9.5. De betwistingen met betrekking tot punt 9 zullen onder de arbitrage vallen van een paritair comité dat wordt samengesteld door de NCAZ en wordt voorgezeten door een ambtenaar van het RIZIV.

9.6. 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.

10. 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 loyautéit 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.

11. DUUR VAN HET AKKOORD

11.1. Dit akkoord wordt gesloten voor een periode van een jaar, namelijk van 1 januari 2021 tot en met 31 december 2021.

11.2. Opzegging

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

11.2.2. Het akkoord kan geheel of gedeeltelijk worden opgezegd door een partij na bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad* van wetgevende maatregelen met betrekking tot de uitbreiding van de verplichte derdebetalersregeling of met betrekking tot de reglementering betreffende de supplementen die worden aangerekend voor eenpersoonskamers en/of voor ambulante verstrekkingen, behoudens indien deze maatregelen tot stand kwamen in uitvoering van punten 3.4.2, 4.1 of 7 van dit akkoord met instemming van de NCAZ.

11.2.3. Het akkoord kan worden opgezegd door een partij of door een arts, na de bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad* van wetgeving of reglementering die op eenzijdige wijze en zonder overleg met de partijen het evenwicht van de rechten en plichten, voortvloeiend uit dit akkoord waartoe de arts is toegetreden, ernstig schaadt.

11.2.4. Een representatieve organisatie die de opzegging wenst in te roepen, op basis van de situaties bedoeld in 11.2.1. tot 11.2.3., deelt dit mee met een ter post aangetekende brief aan de voorzitter van de NCAZ binnen een termijn van 15 dagen nadat zij een van voornoemde situaties vaststelt. In dat geval roept de voorzitter van de NCAZ een vergadering bijeen, waarop de Minister wordt uitgenodigd. Indien tijdens deze vergadering geen overeenstemming wordt gevonden, neemt het akkoord een einde 30 dagen nadat één van deze situaties zich heeft voorgedaan.

In deze gevallen blijven de voordelen van het sociaal statuut gewaarborgd voor degenen die tot het akkoord waren toegetreden en die er zich toe verbinden de geldende tarieven toe te passen.

11.2.5. Een arts die de opzegging wenst in te roepen, op basis van de situatie bedoeld in 11.2.1. of 11.2.3., deelt dit mee met een ter post aangetekende brief aan de voorzitter van de NCAZ, binnen een termijn van 15 dagen nadat hij of zij één van voornoemde situaties heeft vastgesteld. Deze opzegging is individueel en is van toepassing vanaf de inwerkingtreding van de in 11.2.1. of 11.2.3. bedoelde maatregelen.

11.2.6. De partners verbinden zich ertoe om de verbintenissen die na 2021 verderlopen te honoreren bij de onderhandelingen van een volgend akkoord.

12. FORMALITEITEN

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

12.2. Les médecins, autres que ceux qui, conformément aux dispositions prévues au point 12.1, ont notifié leur refus d'adhésion aux termes de l'accord conclu le 16 décembre 2020 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 sur le portail MyInami.

12.3. Tous changements ultérieurs des conditions de temps et de lieu dans lesquelles, conformément aux clauses de l'accord, les médecins visés sous le point 12.2. 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 sur le portail MyInami.

12.4. Les expressions de volonté sous les points 12.1, 12.2 et 12.3 sont censées être faites à la date de l'enregistrement dans l'application en ligne.

Fait à Bruxelles, le 16 décembre 2020.

Les représentants des médecins
(BVAS-ABSyM, AADM et Kartel-Cartel).

Les représentants des organismes assureurs.

12.2. De andere artsen dan die welke, overeenkomstig de bepalingen die zijn vermeld onder 12.1, kennis hebben gegeven van hun weigering tot toetreding tot de bedingen van het akkoord dat op 16 december 2020 in de NCAZ is gesloten, worden ambtshalve geacht tot dit akkoord te zijn toegetreden voor hun volledige beroepsactiviteit, behalve als zij binnen de 30 dagen na de bekendmaking van dit akkoord in het *Belgisch Staatsblad*, de voorwaarden inzake tijd en plaats hebben meegedeeld waaronder zij, overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, de honorariumbedragen zullen toepassen enerzijds en de honorariumbedragen niet zullen toepassen, anderzijds. Deze mededeling gebeurt via de beveiligde webtoepassing die het RIZIV daartoe via het MyRiziv-portaal ter beschikking stelt.

12.3. Alle latere wijzigingen van de voorwaarden inzake tijd en plaats waaronder de onder 12.2 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 MyRiziv-portaal ter beschikking stelt.

12.4. De wilsuitingen onder 12.1, 12.2 en 12.3 worden geacht te zijn uitgebracht op de datum van registratie in de webtoepassing.

Opgemaakt te Brussel, 16 december 2020.

De vertegenwoordigers van de artsen
(BVAS-ABSyM, AADM en Kartel-Cartel).

De vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen.

ANNEXE A L'ACCORD NATIONAL MEDICO-MUTUALISTE 2021

En 000 EUR	Application	Base annuelle
Moyens disponibles		
Honoraires médicaux: Masse index 2021	01-01-21	94.569
Dialyse: Masse index 2021	01-01-21	4.644
SBV: Masse index 2021 (partie médecins)	01-01-21	3.500
ANMM 2020: Montant disponible mesure surveillance (revalorisation phase 1)	01-01-21	2.660
Total		105.373
Utilisation des moyens		
Indexation sélective		92.924
Biologie clinique		
Index: 0,80%	01-01-21	13.523
Honoraires forfaitaires par prescription : 1,01%		
Imagerie médicale		
Index: 0,80%	01-01-21	11.321
Consultations, visites et avis		
Index: 1,01%	01-01-21	31.484
Trajets de soins: 1,01%		
DMG: index 1,25% (vers 32,00 euros)		
Prestations techniques art. 3: 0,84%		
Prestations spéciales		
Index: 0,84%	01-01-21	12.690
Genetic counseling, COM et conventions chirurgie complexe: 1,01%		
Chirurgie		
Article 12 Anesthésiologie: index 0,90%	01-01-21	10.539
Article 13 Réanimation: index 0,90%		
Article 14 Chirurgie: index 0,90%		
à l'exception de l) stomatologie (prestations spéciales: index 0,84%)		
et g) Gynécologie et accouchement (Gynécologie: index 0,84%)		
Conventions reconstruction mammaire et chirurgie complexe: 1,01%		

Gynécologie Index: 0,84%	01-01-21	532
Surveillance Index: 0,84%	01-01-21	4.106
Honoraires hors nomenclature Index: 1,01% Honoraires de disponibilité et avis médical patients palliatifs: 1,01% Prime intégrée médecine générale: pas d'index Contrôle qualité: 0,80%	01-01-21	1.105
Dialyse Index: 1,01%	01-01-21	4.644
SBV Index (partie médecins)	01-01-21	2.980
b) Initiatives		12.449
Médecine physique et rééducation fonctionnelle		4.886
Revalorisation honoraires de surveillance hôpital de jour oncologie et rhumatologie (phase 2)		3.310
Surveillance des malades admis dans un service D	01-01-20	2.660
Autres projets (neuromonitoring intra-opératoire et téléophthalmologie)		1.392
Corrections techniques		201
Total		105.373
En 000 EUR	Application	Base annuelle
Soins efficaces Mesure soins efficaces		-40.000
Total		-40.000
Utilisation des moyens Dans l'accord 2020 économie prévue Amélioration de la protection sociale des MSF/MGF Revalorisation des honoraires de surveillance en gériatrie Examen d'un patient admis en hôpital (599082) Revalorisation consultation chez le pneumologue Visite dans un centre d'hébergement et de soins pour personnes âgées Revalorisation et extension DMG Projet Prisma Revalorisation de l'anesthésie pour narcodonte chez les enfants et les personnes vulnérables Mesures spécifiques pour les personnes vulnérables		4.700 10.000 5.000 1.700 2.000 4.000 8.800 200 600 3.000
Total		40.000

BIJLAGE BIJ HET NATIONAAL AKKOORD ARTSEN - ZIEKENFONDSEN 2021

In 000 EUR	Toepassing	Jaarbasis
Beschikbare middelen		
Artsen honoraria: Indexmassa 2021	01-01-21	94.569
Dialyse: Indexmassa 2021	01-01-21	4.644
LVZ: indexmassa 2021 (deel artsen)	01-01-21	3.500
NAAZ 2020: beschikbaar bedrag maatregel toezicht (herwaardering fase 1)	01-01-21	2.660
Totaal		105.373

Aanwending middelen		
a) Selectieve indexering		92.924
Klinische biologie	01-01-21	13.523
Index: 0,80%		
Forfaitaire honoraria per voorschrift: 1,01%		
Medische beeldvorming	01-01-21	11.321
Index: 0,80%		
Raadplegingen, bezoeken en adviezen	01-01-21	31.484
Index: 1,01%		
Zorgtrajecten 1,01%		
GMD: index 1,25% (naar 32,00 euro)		
Technische verstrekkingen art. 3: 0,84%		
Speciale verstrekkingen	01-01-21	12.690
Index: 0,84%		
Genetic counseling, MOC en overeenkomsten complexe chirurgie: 1,01%		
Heelkunde	01-01-21	10.539
Artikel 12 Anesthesiologie: index 0,90%		
Artikel 13 Reanimatie: index 0,90%		
Artikel 14 heelkunde: index 0,90%		
met uitzondering van l) stomatologie (speciale verstrekkingen: index 0,84%)		
en g) Gynaecologie en verloskunde (Gynaecologie: index 0,84%)		
Overeenkomsten borstreconstructie en complexe chirurgie: 1,01%		
Gynaecologie	01-01-21	532
Index: 0,84%		
Toezicht	01-01-21	4.106
Index: 0,84%		
Honoraria buiten nomenclatuur	01-01-21	1.105
Index: 1,01%		
Beschikbaarheidshonoraria en medisch advies palliatieve patiënten: 1,01%		
Geïntegreerde premie huisartsengeneeskunde: geen index		
Kwaliteitscontrole: 0,80%		
Dialyse		
Index: 1,01%	01-01-21	4.644
LVZ		
Index (deel artsen)	01-01-21	2.980
b) Initiatieven		12.449
Fysische geneeskunde en revalidatie		4.886
Herwaardering toezichthonoraria daghospitaal oncologie en reumatologie (fase 2)		3.310
Toezicht op een in een dienst D opgenomen zieke	01-01-20	2.660
Andere projecten (intra-operatieve neuromonitoring en tele-oftalmologie)		1.392
Technische correcties		201
Totaal		105.373
In 000 EUR	Toepassing	Jaarbasis
Doelmatige zorg		
Maatregelen doelmatige zorg		-40.000

Totaal		-40.000
Aanwending middelen		
In het akkoord 2020 voorziene besparing		4.700
Verbetering van de sociale bescherming van de ASO/HAIO		10.000
Herwaardering toezichthonoraria geriatrie		5.000
Onderzoek van een in een ziekenhuis opgenomen patiënt (599082)		1.700
Herwaardering raadpleging pneumoloog		2.000
Bezoek in een woonzorgcentrum voor bejaarden		4.000
Herwaardering en uitbreiding GMD		8.800
Project Prisma		200
Herwaardering van de anesthesie bij narcodentie bij kinderen en kwetsbare personen		600
Specifieke maatregelen voor kwetsbare personen		3.000
Totaal		40.000

**INSTITUT NATIONAL
D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITÉ**

[C – 2021/40055]

25 JANVIER 2021. — Convention M/21 entre les kinésithérapeutes et les organismes assureurs. — Notification point 10

CONCERNE :

MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES

Approbation des conventions avec les prestataires de soins, 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 :

- Convention M/21 entre les kinésithérapeutes et les organismes assureurs.

NOTIFICATION

1. La proposition, contenue au point 9 de la note du 07 janvier 2021, est approuvée.

2. En conséquence, le Conseil approuve la convention.

Le Secrétaire du Conseil,
R. LECOK

**22 DECEMBRE 2020. — Convention M/21
entre les kinésithérapeutes et les organismes assureurs**

Lors de la réunion de la Commission de conventions entre les kinésithérapeutes et les organismes assureurs du 22 décembre 2020, sous la Présidence de Monsieur Briec Van Damme, Fonctionnaire Dirigeant, il a été conclu ce qui suit entre :

d'une part,

- Les organismes assureurs ;

et d'autre part,

- AXXON, Physical Therapy in Belgium

PREAMBULE

Contexte

Conformément aux objectifs politiques du gouvernement et aux orientations contenues dans la proposition du Comité de l'assurance lors de l'adoption du budget 2021, la Commission de conventions kinésithérapeutes - organismes assureurs établira un plan pluriannuel pour la kinésithérapie coordonné avec d'autres efforts concernant la médecine physique et réadaptation.

La kinésithérapie, plus que jamais un maillon essentiel de soins

Des études internationales (Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study, 2019, The Lancet, 1^{er} décembre 2020) montrent qu'une plus grande attention au secteur est indiquée. L'étude susmentionnée souligne le fait que « despite its individual and societal benefits, rehabilitation has not been prioritised in countries and is under-resourced ».

**RIJKSINSTITUUT
VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING**

[C – 2021/40055]

25 JANUARI 2021. — Overeenkomst M/21 tussen de kinesitherapeuten en de verzekeringsinstellingen. — Notificatie punt 10

BETREFT:

MINISTER VAN SOCIALE ZAKEN

Goedkeuring van de overeenkomsten met zorgverstrekkers, 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 :

- Overeenkomst M/21 tussen de kinesitherapeuten en de verzekeringsinstellingen.

NOTIFICATIE

1. Het voorstel, vervat in punt 9 van de nota van 7 januari 2021, wordt goedgekeurd.

2. Bijgevolg hecht de Raad zijn goedkeuring aan de overeenkomst.

De Secretaris van de Raad,
R. LECOK

**22 DECEMBER 2020. — Overeenkomst M/21
tussen de kinesitherapeuten en de verzekeringsinstellingen**

Tijdens de vergadering van de Overeenkomstencommissie Kinesitherapeuten - Verzekeringsinstellingen van 22 december 2020, onder het voorzitterschap van de heer Briec Van Damme, Leidend ambtenaar, is overeengekomen als volgt tussen:

enerzijds,

- de verzekeringsinstellingen,

en anderzijds,

- AXXON, Physical Therapy in Belgium

VOORWOORD

Context

De overeenkomstencommissie kinesitherapeuten - verzekeringsinstellingen zal in overeenstemming met de beleidsdoelstellingen van de regering en met de oriëntaties vervat in het voorstel van het verzekeringscomité bij de vaststelling van de begroting 2021 een meerjarenplan uitwerken voor de kinesithérapie gecoördineerd met andere inspanningen op vlak van fysische geneeskunde en revalidatie.

Kinesithérapie, meer dan ooit een essentiële zorgschakel

Uit internationale studies (Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study, 2019, The Lancet, 1 december 2020) blijkt dat een grotere aandacht voor de sector aangewezen is. In voornoemde studie wordt gewezen op het feit dat "despite its individual and societal benefits, rehabilitation has not been prioritised in countries and is under-resourced".