

b) door een individuele verstrekker vóór 15 december 2020

door het gebruik van de beveiligde elektronische applicatie MyRI-ZIV, door elke kinesitherapeut die toetreden is tot de overeenkomst en in dat geval heeft ze tot gevolg dat de toetreding van die ene persoon vervalt vanaf 1 januari die volgt op die opzegging.

Art. 12. Voor de toepassing van artikel 49, § 5 van de ZIV-wet gecoördineerd op 14 juli 1994, moet het Verzekeringscomité vaststellen of het quorum van 60 % van het aantal toetredingen al dan niet bereikt is. Om uit te maken of vorenbedoeld quorum al dan niet is bereikt, wordt het aantal kinesitherapeuten waarmee het aantal tot de overeenkomst toetreden kinesitherapeuten in verhouding wordt gebracht, als volgt vastgesteld: het aantal kinesitherapeuten met een verstrekkersprofiel voor het boekingsjaar 2018 (22.842), verhoogd met het aantal in 2019 erkende kinesitherapeuten.

Opgemaakt te Brussel, op 10 december 2019.

Voor de verzekeringsinstellingen:

K. DE KOEKELAERE
A. ERRACHIDI
F. MAROY
A. TIELENS
G. TROCH
M. VAN IMSCHOOT
V. VANRILLAER

Voor de beroepsorganisatie van kinesitherapeuten:

C. BRIART
P. BRUYNOOGHE
L. DIELEMAN
P. LAROCK
S. PEETERS
D. VERLEYEN

b) Par prestataire individuel avant le 15 décembre 2020

En utilisant l'application électronique sécurisée MyINAMI, par tout kinésithérapeute ayant adhéré à la convention et dans ce cas, elle a pour effet de faire cesser l'adhésion de cette seule personne à partir du 1^{er} janvier qui suit cette dénonciation.

Art. 12. Pour l'application de l'article 49, § 5 de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994, le Comité de l'assurance doit constater si le quorum d'adhésions de 60 % est atteint ou non. En vue de constater si le quorum visé ci-dessus est ou non atteint, le nombre de kinésithérapeutes auquel il faut rapporter le nombre de kinésithérapeutes ayant adhéré à la convention, est établi comme suit : nombre de kinésithérapeutes ayant un profil pour l'année comptable 2018 (22.842) augmenté du nombre de kinésithérapeutes qui ont obtenu un numéro INAMI en 2019.

Fait à Bruxelles, le 10 décembre 2019.

Pour les organismes assureurs :

K. DE KOEKELAERE
A. ERRACHIDI
F. MAROY
A. TIELENS
G. TROCH
M. VAN IMSCHOOT
V. VANRILLAER

Pour l'organisation professionnelle des kinésithérapeutes :

C. BRIART
P. BRUYNOOGHE
L. DIELEMAN
P. LAROCK
S. PEETERS
D. VERLEYEN

FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2020/40150]

Nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen 2020
Ministerraad 24 januari 2020. — Notificatie punt 13

BETREFT:

MINISTER VAN SOCIALE ZAKEN

Goedkeuring van het nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen 2020, 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 : 2020A70750.002

NOTIFICATIE:

Het voorstel, vervat in punt 9 van de nota van 19 januari 2020, wordt goedgekeurd.

NATIONAAL AKKOORD ARTSEN – ZIEKENFONDSEN 2020

Krachtens de artikelen 26, 50 en 51 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, heeft de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen (hierna NCAZ) onder het voorzitterschap van de heer Johan DE COCK op 19 december 2019 het navolgende akkoord gesloten voor het jaar 2020.

1. Context

Dit akkoord is tot stand gekomen in vrij uitzonderlijke omstandigheden. Enerzijds heeft de NCAZ pas in de tweede helft van november kennis genomen van de budgettaire context waarin de onderhandelingen over het afsluiten van een nieuw akkoord konden worden gevoerd. Anderzijds bestaat tot op de dag van vandaag geen duidelijkheid over de beleidsoriëntaties bij de start van een nieuwe legislatuur.

Hoewel deze bijzondere situatie het afsluiten van een akkoord niet vergemakkelijkt, is de NCAZ niettemin van oordeel dat een goed afsprakenkader tussen artsen en ziekenfondsen een onmiskenbare meerwaarde biedt voor de organisatie en het beheer van de verzekering voor geneeskundige verzorging.

Hierbij mag de focus niet enkel liggen op een korte termijnperspectief, maar moet ook een lange termijn approach worden gevolgd waarbij de noodzakelijke aandacht wordt besteed aan een transversale aanpak. De NCAZ blijft daarom ook de doelstellingen onderschrijven die werden vooropgesteld in het voorstel van het Verzekeringscomité met betrekking tot de begroting voor de gezondheidszorg 2020 (nota

SERVICE PUBLIC FEDERAL SECURITE SOCIALE

[C – 2020/40150]

Accord national médico-mutualiste 2020
Conseil des ministres du 24 janvier 2020. — Notification point 13

CONCERNE :

MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES

Approbation de l'accord national médico-mutualiste 2020, en application de l'article 51, § 1, 3^{ème} alinéa, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 : 2020A70750.002

NOTIFICATION :

La proposition, contenue au point 9 de la note du 19 janvier 2020, est approuvée.

ACCORD NATIONAL MÉDICO-MUTUALISTE 2020

En vertu des articles 26, 50 et 51 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, la Commission nationale médico-mutualiste (ci-après CNMM), sous la présidence de M. Johan DE COCK, a conclu le 19 décembre 2019 l'accord suivant pour l'année 2020.

1. Contexte

Cet accord a vu le jour dans des circonstances assez exceptionnelles. D'une part, la CNMM a dû attendre la seconde moitié du mois de novembre pour savoir dans quel contexte budgétaire les négociations sur la conclusion d'un nouvel accord pourraient être menées. D'autre part, on ignore à ce jour quelles orientations stratégiques seront prises au début de la nouvelle législature.

Bien que cette situation particulière ne facilite pas la conclusion d'un accord, la CNMM estime qu'un cadre d'accords clair entre les médecins et les mutualités constitue incontestablement une plus-value pour l'organisation et la gestion de l'assurance soins de santé.

L'accent ne doit pas être uniquement mis sur des perspectives à court terme. Il convient également d'adopter une approche à long terme en prêtant suffisamment attention à l'aspect transversal. C'est pourquoi la CNMM continue à souscrire aux objectifs exposés dans la proposition du Comité de l'assurance soins de santé relative au budget des soins de santé 2020 (note CSS 2019/314). Dans cette note, on plaidait en faveur

CGV 2019/314). Hierin werd gepleit voor een voldoende financiering van de verzekering voor geneeskundige verzorging, een stabiel meerjarig budgettair traject en een transversaal beleid gebaseerd op gezondheidsdoelstellingen. Om die reden zal de NCAZ in de loop van 2020 ook bijdragen aan het verder concretiseren van de werkzaamheden met betrekking tot de uitwerking van een strategische visie die door het Verzekeringscomité en de Algemene Raad van de Dienst voor geneeskundige verzorging in 2019 werd gelanceerd.

Hierbij moeten de doelstellingen van de zgn. quadruple aim als leidraad worden gebruikt (verbeteren van de kwaliteit van de ervaren zorg en van de gezondheid op bevolkingsniveau, verhogen van de kosteneffectiviteit van de ingezette middelen en aandacht hebben voor zorgverleners die zorg op een goede en duurzame wijze moeten kunnen verstrekken).

De NCAZ drukt ook de wens uit betrokken te worden bij de uitvoering van een aantal hervormingen die aan de gang zijn en die een impact hebben op de verzekering voor geneeskundige verzorging, zoals de wet van 28 februari 2019 inzake de klinische netwerking van ziekenhuizen en de wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg.

2. Uitgangspunten

Rekening houdend met deze overwegingen bevat het nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen de volgende elementen:

- een gemoduleerde aanwending van de beschikbare indexenveloppe, met een volledige indexering (1,95%) voor de honoraria van raadplegingen, bezoeken en toezicht, hetgeen toelaat op selectieve wijze een aantal herwaarderingen door te voeren in bepaalde domeinen (pediatrie, toezichthonoraria oncologisch dagziekenhuis, advanced care planning, ...) en een aantal voorstellen van de Technische Geneeskundige Raad te concretiseren. Ten slotte ondersteunt de NCAZ het project tot hervorming in de nomenclatuur;
- inspanningen met het oog op het optimaliseren van de organisatie van de zorg. In dit verband kan verwezen worden naar de versterking van het Globaal medisch dossier (GMD), de uitbreiding en verbreding van de wachtposten en de creatie van samenwerkingsverbanden, het verkennen van de mogelijkheden inzake telegeneeskunde en genomanalyse, de problematiek van de hervorming van de financiering van het dagziekenhuis in samenwerking met de vertegenwoordigers van de ziekenhuizen, ...;
- initiatieven ter bevordering van de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg, zoals de kwaliteitsbewaking met betrekking tot het GMD, de ontwikkeling van instrumenten voor medische beslissingsondersteuning, de aanpassing van het systeem van accreditering in afstemming met de uitvoering van voornoemde wet van 22 april 2019, het respecteren van de guidelines met betrekking tot pre-anesthetische onderzoeken, het verderzetten van de concentratie van complexe kankerchirurgie, inzonderheid inzake hoofd- en halstumoren, het adequaat voorschrijven van geneesmiddelen in het kader van het AMR-beleid en inzake biosimilars, ...;
- het waarborgen van tariefzekerheid. Hierbij zal de NCAZ verder meewerken aan initiatieven met betrekking tot grotere transparantie voor de patiënten en het beheersen van de ereloonsupplementen. Een inspanning zal worden geleverd met betrekking tot de aanrekenen van materialen (3D printing) bij specifieke breuken. Hiertoe wordt een budget vrijgemaakt in de sector implantaten;
- tenslotte dringt de NCAZ aan op het tot stand brengen van een sociaal statuut voor HAIO's en ASO's. In afwachting van een meer grondige hervorming, voorziet het akkoord een opwaardering van het bedrag van sociale voordelen voor deze groep van jonge artsen met 25 %.

Gelet op de niet onaanzienlijke herwaarderingen die worden geleverd, zal de NCAZ de impact nagaan op de conventioneeringsgraad van de artsen.

3. Beschikbare middelen

3.1. Op 22 november 2019 stelde de Ministerraad, overeenkomstig artikel 40 § 2 GVV-wet, de globale en de partiële begrotingsdoelstellingen van de verzekering voor geneeskundige verzorging vast.

Hierbij werd de partiële begrotingsdoelstelling voor de honoraria voor artsen voor 2020 vastgesteld op 8.588.807 duizend euro.

Dit bedrag ligt 2,47 % hoger dan de partiële begrotingsdoelstelling vastgesteld voor het jaar 2019 en 3,0 % hoger in vergelijking met de technische ramingen van september 2019.

d'un financement suffisant de l'assurance soins de santé, d'un traject budgétaire pluriannuel stable et d'une politique transversale basée sur des objectifs de santé. C'est pourquoi la CNMM contribuera aussi en 2020 à concrétiser davantage les activités relatives à la réalisation de la vision stratégique qui a été lancée par le Comité de l'assurance et par le Conseil général du Service des soins de santé en 2019.

Les objectifs appelés « Quadruple Aim » (améliorer la qualité des soins perçus et la santé au niveau de la population, accroître l'efficacité des moyens investis et prêter attention aux dispensateurs de soins qui doivent pouvoir fournir des soins durables et de qualité) serviront de fil conducteur.

La CNMM exprime également son souhait d'être associée à la mise en œuvre des réformes en cours qui ont une incidence sur l'assurance soins de santé, telles que la loi du 28 février 2019 en ce qui concerne le réseautage clinique entre hôpitaux et la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé.

2. Principes de départ

Vu ces considérations, l'accord national médico-mutualiste contient les éléments suivants :

- une utilisation modulée de l'enveloppe d'indexation disponible, avec une indexation complète (1,95 %) des honoraires de consultations, de visites et de surveillance, ce qui permet de procéder de manière sélective à des revalorisations dans certains domaines (pédiatrie, honoraires de surveillance en hôpital de jour oncologique, planification anticipée des soins (« Advanced Care Planning »),...) et de concrétiser certaines propositions du Conseil technique médical. Enfin, la CNMM soutient le projet de réforme de la nomenclature ;
- des efforts en vue d'optimiser l'organisation des soins. Mentionnons à cet égard le renforcement du Dossier médical global (DMG), l'élargissement et l'extension des postes de garde et l'élaboration d'accords de collaboration, l'exploration des possibilités en matière de télémédecine et d'analyse du génome, la problématique de la réforme du financement de l'hôpital de jour en collaboration avec les représentants des hôpitaux, ... ;
- des initiatives pour promouvoir la qualité et l'efficacité des soins, comme le contrôle de la qualité par rapport au DMG, la conception d'outils pour le soutien à la prise de décisions médicales, l'adaptation du système d'accréditation en lien avec l'application de la loi précitée du 22 avril 2019, le respect des recommandations relatives aux examens préanesthésiques, la poursuite de la concentration de la chirurgie des cancers complexes, notamment les tumeurs de la tête et du cou, la prescription adéquate de médicaments dans le cadre de la politique de la résistance aux antimicrobiens (RAM) et en matière de biosimilaires, ... ;
- la garantie de la sécurité tarifaire. La CNMM continuera à prêter son concours à des initiatives destinées à accroître la transparence pour les patients et à maîtriser les suppléments d'honoraires. Des efforts seront consentis en matière d'attestation de matériaux (impression 3D) pour des fractures spécifiques. Pour ce faire, un budget sera dégagé dans le secteur des implants;
- enfin, la CNMM insiste pour que soit créé un statut social pour les médecins généralistes en formation (MGF) et pour les médecins spécialistes en formation (MSF). En attendant une réforme approfondie, l'accord prévoit une revalorisation de 25 % du montant des avantages sociaux pour ce groupe de jeunes médecins.

Vu les revalorisations non négligeables qui seront réalisées, la CNMM vérifiera l'impact sur le taux de conventionnement des médecins.

3. Moyens disponibles

3.1. Le 22 novembre 2019, en vertu de l'article 40, § 2, de la loi SSI, le Conseil des ministres a fixé les objectifs budgétaires globaux et partiels de l'assurance soins de santé.

L'objectif budgétaire partiel relatif aux honoraires des médecins pour 2020 a été fixé à 8.588.807 milliers d'euros.

Ce montant est supérieur de 2,47 % à l'objectif budgétaire partiel fixé pour l'année 2019 et de 3 % aux estimations techniques de septembre 2019.

Bovendien wordt een bedrag voorzien van 345.280 duizend euro voor de honoraria voorzien bij toepassing van de wet van 19 juli 2018 betreffende de gebundelde financiering van de laagvariabele ziekenhuiszorg. De verstrekkingen vervat in de laagvariabele zorg volgen hetzelfde indexeringsmechanisme.

Inclusief deze honoraria binnen laagvariabele zorg bedraagt de toename van de artsenhonoraria 3,1% ten opzichte van de partiële begrotingsdoelstelling 2019 en 3,6% ten opzichte van de technische ramingen van september 2019.

3.2. Rekening houdend met de maatregelen bedoeld in punt 4.1. wordt de enveloppe voor verstrekkingen van klinische biologie vastgesteld op 1.398.398 duizend euro en deze voor medische beeldvorming op 1.321.624 duizend euro.

Respectievelijk bedraagt de stijging ten opzichte van de enveloppes vastgesteld voor 2019 2,0% en 2,2%.

3.3. De partiële begrotingsdoelstelling bevat voor 2020 een indexmassa van 1,95%. Hierdoor kan een bedrag van 180.198 duizend euro worden verdeeld.

De tabel in bijlage geeft de precieze aanwending van de middelen weer.

4. Gemoduleerde aanwending van de indexenveloppe

4.1. Indexering

138.706 duizend euro of circa 75 % van de beschikbare middelen wordt aangewend voor de indexering van de honoraria vanaf 1 januari 2020.

De honoraria voor raadplegingen, bezoeken, adviezen en toezicht worden geïndexeerd met 1,95 %. Dit is ook het geval voor de honoraria voor genetische counseling, het Multidisciplinair oncologisch consult (MOC) en de verstrekkingen 211223 en 211245 voor reanimatie. De honoraria in de overeenkomsten met betrekking tot de borstreconstructie en de complexe chirurgie worden eveneens geïndexeerd met 1,95%.

De verstrekkingen voor klinische biologie worden geïndexeerd met 1,25 % met uitzondering van de forfaitaire honoraria per voorschrift die met 1,95 % worden verhoogd (zie verder).

De verstrekkingen voor medische beeldvorming worden als volgt geïndexeerd:

- artikel 17 en 17bis, de forfaitaire honoraria per voorschrift en per opname worden verhoogd met 1%;
- met uitzondering van de verstrekkingen CT hersenen en CT wervel die niet worden geïndexeerd;
- de forfaitaire honoraria consultance worden verhoogd met 1,25%;
- artikel 17ter en 17quater worden niet geïndexeerd.

De speciale verstrekkingen en de verstrekkingen voor heilkunde en gynaecologie worden met 1,25 % aangepast.

De verstrekkingen voor anesthesiologie worden geïndexeerd met 1,25%.

De honoraria buiten de nomenclatuur worden met 1,95 % geïndexeerd. De geïntegreerde praktijkpremie blijft nominaal op het huidige bedrag gehandhaafd. De uitgaven met betrekking tot kwaliteitscontrole labo's worden geïndexeerd met 1,25 %.

4.2. Specifieke herwaarderingen

4.2.1. Pediatrie en kinderoftalmologie

In de sector pediatrie worden de honoraria van de raadplegingen (ongeacht de leeftijd) op het niveau gebracht van de honoraria van de geriater. Dit betekent een herwaardering met 4,9 %, bovenop de voorziene indexering.

Een substantiële herwaardering wordt doorgevoerd van de honoraria inzake kinderoftalmologie.

4.2.2. Toezicht oncologisch dagziekenhuis

De NCAZ dringt erop aan dat op basis van een voorstel van de Technische Geneeskundige Raad (TGR) het RIZIV, via omzendbrief, de onduidelijkheid zal opheffen over de mogelijkheid tot het aanrekenen van toezichthonoraria in het oncologisch dagziekenhuis.

Bovendien wordt beslist om in een eerste fase het toezichthonorarium voor hematologen en pediatrisch oncologen/hematologen vast te stellen op 60 euro vanaf 1 september 2020. In een tweede fase zal in 2021 een gelijkwaardige inspanning worden doorgevoerd ten aanzien van de oncologen en van de artsen die complexe auto-immuunaandoeningen behandelen.

Par ailleurs, un montant de 345.280 milliers d'euros est affecté aux honoraires prévus en application de la loi du 19 juillet 2018 relative au financement groupé des soins hospitaliers à basse variabilité. Les prestations comprises dans les soins à basse variabilité suivent le même schéma d'indexation.

En incluant ces honoraires pour les soins à basse variabilité, la hausse des honoraires des médecins est de 3,1 % par rapport à l'objectif budgétaire partiel 2019 et de 3,6 % par rapport aux estimations techniques de septembre 2019.

3.2. Compte tenu des mesures visées au point 4.1, l'enveloppe pour les prestations de biologie clinique est fixée à 1.398.398 milliers d'euros et celle pour l'imagerie médicale, à 1.321.624 milliers d'euros.

L'augmentation par rapport aux enveloppes pour 2019 est de respectivement 2,0 % et 2,2 %.

3.3. L'objectif budgétaire partiel inclut une masse d'indexation de 1,95 % pour 2020. Cela permet de répartir un montant de 180.198 milliers d'euros.

Le tableau en annexe montre l'utilisation précise des ressources.

4. Utilisation modulée de l'enveloppe d'indexation

4.1. Indexation

138.706 milliers d'euros, soit environ 75 % des moyens disponibles, sont utilisés pour indexer les honoraires à partir du 1^{er} janvier 2020.

Les honoraires des consultations, visites, avis et de surveillance sont indexés de 1,95 %. C'est également le cas pour les honoraires de conseil génétique (« Genetic Counseling »), pour la consultation oncologique multidisciplinaire (COM) ainsi que pour les prestations 211223 et 211245 de réanimation. Les honoraires dans les conventions concernant la reconstruction mammaire et la chirurgie complexe sont également indexés de 1,95%.

Les prestations de biologie clinique sont indexées de 1,25 %, à l'exception des honoraires forfaitaires par prescription qui sont indexés de 1,95 % (voir ci-dessous).

Les prestations d'imagerie médicale sont indexées comme suit :

- article 17 et 17bis, les honoraires forfaitaires par prescription et par admission sont augmentés de 1% ;
- à l'exception des prestations CT cerveau et CT colonne vertébrale qui ne sont pas indexées ;
- les honoraires forfaitaires de consultance sont augmentés de 1,25% ;
- les articles 17ter et 17quater ne sont pas indexés.

Les prestations spéciales et les prestations de chirurgie et de gynécologie sont modifiées de 1,25 %.

Les prestations d'anesthésiologie sont indexées de 1,25%.

Les honoraires hors nomenclature sont indexés de 1,95 %. La prime de pratique intégrée reste maintenue à son montant nominal actuel. Les dépenses relatives au contrôle de qualité des laboratoires sont indexés de 1,25 %.

4.2. Revalorisations spécifiques

4.2.1. Pédiatrie et ophtalmologie pédiatrique

Dans le secteur de la pédiatrie, les honoraires des consultations (quel que soit l'âge) sont portés au niveau des honoraires des gériatres. Cela correspond à une revalorisation de 4,9 %, en plus de l'indexation prévue.

Une revalorisation substantielle des honoraires en matière d'ophtalmologie pédiatrique sera réalisée.

4.2.2. Surveillance en hôpital de jour oncologique

La CNMM insiste sur le fait que l'INAMI, sur la base d'une proposition du Conseil technique médical (CTM), lève le doute, par le biais d'une circulaire, sur la possibilité d'attester des honoraires de surveillance en hôpital de jour oncologique.

Il est en outre décidé de fixer dans une première phase les honoraires de surveillance pour hématologues et oncologues/hématologues pédiatriques à 60 euros à partir du 1^{er} septembre 2020. Dans une deuxième phase, en 2021, des efforts similaires seront consentis en ce qui concerne les oncologues et les médecins traitant des maladies auto-immunes complexes.

4.2.3. Vroegtijdige en voorafgaande zorgplanning

Op 27 augustus 2018 werd het RIZIV door de minister van Sociale zaken verzocht om financiële incentives te voorzien voor artsen om samen met de patiënt en in interdisciplinair overleg over te gaan tot vroegtijdige zorgplanning. Dergelijke zorgplanning is hoofdzakelijk een taak voor huisartsen.

Hiervoor werd een bedrag toegekend van 6.537 duizend euro (na indexatie).

Met dit bedrag zal vanaf 1 september 2020, onder de modaliteiten voorgesteld door de TGR, een honorarium van minstens 58 euro worden voorzien. Hierbij wordt rekening gehouden in een eerste fase met de groep van palliatieve patiënten geïdentificeerd op basis van de "palliative indicator care tool" (PICT).

In dit kader moet ook de invoering van een honorarium voor een bezoek aan de palliatieve patiënt worden onderzocht.

4.2.4. Euthanasie

Een specifieke regelgeving buiten de nomenclatuur zal voorzien in een honorarium voor het uitvoeren van euthanasie door de behandelende arts. Dit honorarium (75 euro) dekt eveneens de vereiste registratieverplichtingen.

4.3. Concretisering voorstellen nomenclatuur

Om het kwaliteitsvol werk van de TGR te honoreren wordt, overeenkomstig de tabel in bijlage, een bedrag van 10.370 duizend euro uitgetrokken voor de financiering van volgende initiatieven:

4.3.1. Elastografie van de lever

Een terugbetaling wordt voorzien voor de elastografie van de lever in het kader van de behandeling van hepatitis C.

4.3.2. Chimintrathec

Een aparte nomenclatuurcode wordt gecreëerd voor de 'lumbaal-punctie' uit artikel 11 van de nomenclatuur (355493-355504) in geval van intrathecale inspuiting van chemotherapeutische geneesmiddelen.

4.3.3. Bedden voor intensieve behandeling in psychiatrische ziekenhuizen (IB-bedden)

De omschrijving van de nomenclatuurnummers 597726 en 597741 wordt aangepast zodat ook het multidisciplinaire overleg bij opname in een IB-bed vergoed wordt.

4.3.4. MIC

Een vergoeding wordt voorzien voor de intensieve begeleiding en opvang van patiënten door artsen-specialisten in de gynaecologie in MIC-Centra (= Maternal Intensive Care).

4.3.5. Orbitachirurgie

Een vergoeding wordt voorzien voor de complexe oncologische orbitachirurgie.

4.3.6. Slikonderzoek

Een vergoeding wordt voorzien voor het slikonderzoek met een flexibele nasofaryngoscoop met videoregistratie.

4.3.7. TAVI

Er wordt een honorarium ingevoerd voor de implantatie van een percutaan implanteerbare klepstent in aortapositie. Tevens wordt voorzien in een revalorisatie voor de noodzakelijke pre-operatoire CT-scan van de thorax.

4.3.8. Fysische geneeskunde en revalidatie

De NCAZ beschouwt de input van bijkomende financiële middelen voor fysische geneeskunde en revalidatie als urgent. Daarom wordt er in een eerste fase 5.000 duizend euro vrijgemaakt. In de volgende jaren zal een gelijkaardige inspanning nodig zijn. De TGR wordt belast met de uitwerking van een voorstel tegen 31 maart 2020.

Tevens zal de doelmatige aanwending van technische verstrekkingen in geïsoleerde G- en Sp- diensten en revalidatieziekenhuizen worden onderzocht.

4.3.9. Kwantitatieve bothistomorfometrie

Een specifieke verstrekking zal ingevoerd worden voor de terugbetaling in gespecialiseerde centra van de kwantitatieve bothistomorfometrie.

4.3.10. Codering raadplegingen artsen-specialisten

De TGR doet een voorstel om per discipline een eigen nomenclatuurcode toe te kennen teneinde specifieke herwaarderingen te kunnen doorvoeren.

4.2.3. Planification préalable et anticipée des soins

Le 27 août 2018, la ministre des Affaires sociales a demandé à l'INAMI de prévoir des incitants financiers pour que les médecins procèdent à une planification anticipée des soins avec le patient et en concertation interdisciplinaire. Pareille planification des soins est en premier lieu la tâche du médecin généraliste.

Un montant de 6.537 milliers d'euros (après indexation) a été octroyé à cet effet.

Il sera utilisé pour prévoir des honoraires d'au moins 58 euros à partir du 1^{er} septembre 2020, selon les modalités proposées par le CTM. Dans une première phase, il est tenu compte du groupe de patients en soins palliatifs identifiés sur la base de l'échelle PICT (Palliative Care Indicators Tool).

Dans ce contexte, il convient également d'examiner l'instauration d'honoraires pour une visite au patient palliatif.

4.2.4. Euthanasie

Une réglementation spécifique hors nomenclature prévoira des honoraires pour le médecin traitant qui pratique l'euthanasie. Ces honoraires (75 euros) couvrent également les obligations d'enregistrement prévues.

4.3. Concrétisation de propositions de nomenclature

En vue de valoriser le travail de qualité du CTM et conformément au tableau en annexe, un montant de 10.370 milliers d'euros est prévu pour financer les initiatives suivantes :

4.3.1. Élastographie du foie

Un remboursement est prévu pour l'élastographie du foie dans le cadre du traitement de l'hépatite C.

4.3.2. Chimintrathec

Un code de nomenclature distinct est créé pour la « ponction lombaire » reprise à l'article 11 de la nomenclature (355493-355504) dans le cas d'injection intrathécale de médicaments chimiothérapeutiques.

4.3.3. Lits pour traitements intensifs dans les hôpitaux psychiatriques (Lits IB)

Le libellé des codes de nomenclature 597726 et 597741 est adapté pour que la concertation multidisciplinaire en cas d'occupation d'un lit IB soit également remboursée.

4.3.4. MIC

Un remboursement est prévu pour l'accompagnement intensif et l'accueil de patientes par les médecins-spécialistes en gynécologie dans des centres MIC (= Maternal Intensive Care).

4.3.5. Chirurgie orbitaire

Un remboursement est prévu pour la chirurgie orbitaire oncologique complexe.

4.3.6. Test de déglutition

Un remboursement est prévu pour le test de déglutition par nasopharyngoscope flexible avec enregistrement vidéo.

4.3.7. TAVI

Des honoraires sont introduits pour l'implantation d'un stent valvulaire percutané en position aortique implantable. On prévoit également une revalorisation du scan CT préopératoire du thorax nécessaire.

4.3.8. Médecine physique et réadaptation

La CNMM considère qu'il est urgent de mobiliser des ressources financières supplémentaires pour la médecine physique et la réadaptation. C'est pourquoi, dans une première phase, 5.000 milliers d'euros seront libérés. Un effort similaire sera nécessaire dans les années à venir. Le CTM est chargé d'établir une proposition pour le 31 mars 2020.

En même temps, l'utilisation efficace des prestations techniques dans les services Sp et G isolés sera examinée.

4.3.9. Histomorphométrie osseuse quantitative

Une prestation spécifique sera introduite pour le remboursement de l'histomorphométrie osseuse quantitative.

4.3.10. Codification des consultations des médecins-spécialistes

Le CTM élabore une proposition pour attribuer un code de nomenclature propre à chaque discipline afin de pouvoir réaliser des revalorisations spécifiques.

5. Organisatie van de zorg

5.1. Globaal medisch dossier (GMD)

5.1.1. Context en principes

Uitvoering gevend aan het Nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen 2018-2019 heeft de NCAZ een voorstel uitgewerkt om de verlenging van het GMD los te koppelen van een verplicht jaarlijks contact met de huisarts.

Naast de verlenging zonder contact beoogt het voorstel ook transparantie te creëren in de betalingen van de GMD's en wordt ingespeeld op het verdwijnen van de papieren facturatie vanaf 1 januari 2021. Het voorstel zal worden uitgevoerd in 2 fasen.

De eerste fase betreft de in 2020 beheerde GMD's. Bijkomend aan de bestaande regeling zal worden voorzien dat de lopende GMD's met een contact in 2019 en zonder contact in 2020 vergoed zullen worden aan de artsen die wel werken met het eGMD of die zich daar ten laatste op 30 juni 2020 voor inschrijven.

De tweede fase betreft een volledige herziening van het bestaande betalingssysteem vanaf 2021:

A. De anticipatieve betaling

Elk jaar wordt een foto genomen van de GMD's en hun beheerder op 31 december (jaar X). Twee maanden later, in februari (jaar X+1) wordt de betaling uitgevoerd voor het jaar X+1.

De eerste betaling zal plaatsvinden in februari 2021. De hiervoor aangewende middelen zullen worden geaffecteerd op het jaar 2020.

B. De onmiddellijke betaling

Nieuw geopende GMD's (jaar X) zullen onmiddellijk worden betaald na hun notificatie (jaar X). Vanaf februari van het jaar X+1 valt hun betaling onder de regeling van de anticipatieve betaling (punt A). De NCAZ zal definiëren welke GMD's onder de noemer "nieuw" vallen.

Het overzicht van de GMD's op 31 december 2020 kan in de loop van 2021 nog onderhevig zijn aan wijzigingen te wijten aan de latere indiening van papieren getuigschriften voor verstrekte hulp. In deze gevallen zullen de VI's het onverschuldigde bedrag recupereren en uitbetalen aan de rechtmatige GMD-houder.

Het vernieuwde betalingssysteem zal worden geflankeerd door de volgende maatregelen:

- de toestemming van de patiënt om een GMD te openen dient te worden geregistreerd en bewaard;
- vrijwaren (tijdelijk) van de rechten van de patiënten van artsen die niet overschakelen op eGMD vanaf 2021;
- compensatie via de praktijkpremie vanaf 2021 ten behoeve van de startende huisartsen met weinig of geen GMD-inkomsten in het eerste jaar.

5.1.2. Actiepunten

De NCAZ zal tegen 30 juni 2020 de noodzakelijke reglementering ontwikkelen en communiceren naar het terrein.

De verzekeringsinstellingen en de zorgverleners zullen samen met de softwarevondors een analyse maken van de nodige wijzigingen aan het informaticasysteem zodat vanaf 2021 het vernieuwde betalingsmodel kan toegepast worden, zodat zij, na een testfase, tijdig in productie kunnen gaan.

De verzekeringsinstellingen, de zorgverleners en de softwarevondors zullen tijdens het daartoe voorziene trio-overleg afspraken maken over een duidelijke rapportering van de GMD's voor alle VI's samen.

5.1.3. Kwaliteit

Door de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle (DGEC) van het RIZIV werd een terreinstudie uitgevoerd met betrekking tot het GMD, om een representatief beeld te schetsen van het gebruik en de kwaliteit van het GMD. Tevens werden ook concrete aanbevelingen geformuleerd. Eind 2018 beschikten 7,4 miljoen personen over een GMD. In 2014 bedroeg dit aantal 5,8 miljoen personen.

Het GMD is bij uitstek bestemd als een instrument voor de organisatie van de kwaliteit en de continuïteit van de zorg.

Hoewel de uitgaven die met het GMD gepaard gaan aanzienlijk zijn, moet vastgesteld worden dat aan een aantal doelstellingen slechts partieel wordt tegemoet gekomen. Parallel met de invoering van het eGMD en het verplicht gebruik van het gelabelde elektronisch medisch dossier (EMD) zal een gemengde werkgroep RIZIV-Volksgezondheid de noodzakelijke kwaliteitsparameters vaststellen die vanaf 2021 door de DGEC gemonitord zullen worden.

5. Organisation des soins

5.1. Dossier médical global (DMG)

5.1.1. Contexte et principes

Dans le cadre de la mise en œuvre de l'accord national médico-mutualiste 2018-2019, la CNMM a élaboré une proposition visant à dissocier la prolongation du DMG d'un contact annuel obligatoire avec le médecin généraliste.

Outre la prolongation sans contact, la proposition vise également à créer de la transparence dans les paiements des DMG et prévoit la disparition de la facturation papier à compter du 1^{er} janvier 2021. La proposition sera mise en œuvre en 2 phases.

La première phase concerne les DMG gérés en 2020. Outre la réglementation existante, il sera prévu que les DMG en cours avec un contact en 2019 et sans contact en 2020 soient remboursés aux médecins qui travaillent avec l'eDMG ou qui s'y inscrivent au plus tard pour le 30 juin 2020.

La deuxième phase concerne une révision complète du système de paiement existant à partir de 2021 :

A. Le paiement anticipé

Chaque année, une photo des DMG et de leur gestionnaire est prise à la date du 31 décembre (année X). Deux mois plus tard, en février (année X+1), le paiement est effectué pour l'année X+1.

Le premier paiement sera effectué en février 2021. Les ressources utilisées à cette fin seront affectées à l'année 2020.

B. Le paiement immédiat

Les nouveaux DMG ouverts (année X) seront payés immédiatement après leur notification (année X). À partir de février de l'année X+1, leur paiement sera soumis au régime du paiement anticipé (point A). La CNMM définira ce qu'on entend par « nouveau » DMG.

L'aperçu des DMG au 31 décembre 2020 pourra encore faire l'objet de modifications au cours de 2021 en raison de l'introduction ultérieure des attestations de soins donnés papier. Dans ces cas, les OA récupéreront le montant indu et le paieront au titulaire légitime du DMG.

Le nouveau système de paiement s'accompagnera des mesures suivantes :

- le consentement du patient à ouvrir un DMG doit être enregistré et conservé ;
- la préservation (temporaire) des droits des patients des médecins qui ne passent pas à l'eDMG à partir de 2021 ;
- une compensation par le biais de la prime de pratique à partir de 2021 pour les médecins généralistes débutants n'ayant que peu voire pas de revenus liés au DMG au cours de la première année.

5.1.2. Points d'action

La CNMM mettra en œuvre d'ici le 30 juin 2020 la réglementation nécessaire et la communiquera au terrain.

En collaboration avec les maisons de soft, les organismes assureurs et les prestataires de soins analyseront les modifications à apporter au système informatique afin qu'à partir de 2021, le nouveau modèle de paiement puisse être appliqué et qu'après une phase de test, il puisse entrer en production à temps.

Les organismes assureurs, les prestataires de soins et les maisons de soft concluront des accords pour fournir un reporting clair des DMG à l'ensemble des OA lors de la consultation tripartite prévue à cet effet.

5.1.3. Qualité

Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) de l'INAMI a effectué une étude de terrain concernant le DMG afin d'esquisser une image représentative de l'utilisation et de la qualité du DMG. Des recommandations concrètes ont également été formulées. Fin 2018, 7,4 millions de personnes disposaient d'un DMG. En 2014, ce nombre s'élevait à 5,8 millions de personnes.

Le DMG est, par excellence, un outil destiné à l'organisation de la qualité et de la continuité des soins.

Bien que les dépenses liées au DMG soient considérables, il faut bien constater que certains objectifs ne sont que partiellement atteints. Parallèlement à l'introduction de l'eDMG et à l'utilisation obligatoire du dossier médical informatisé (DMI) labellisé, un groupe de travail mixte INAMI-SPF Santé publique fixera les paramètres de qualité nécessaires qui seront contrôlés par le SECM à partir de 2021.

5.2. Wachtposten

5.2.1. De NCAZ stelt vast dat een aanzienlijke inspanning wordt geleverd met betrekking tot de ontwikkeling van de wachtposten voor huisartsen. De betrokken enveloppe voor 2020 wordt vastgesteld op 33.148 duizend euro ten opzichte van 25.048 duizend euro in 2019.

5.2.2. Context en principes

5.2.2.1. De NCAZ heeft kennis genomen van de artikelen 21 tot en met 26 van de wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg betreffende de permanentie. De implementatie van deze regelgeving is voorzien vanaf 1 juli 2021.

Hierin is voorzien dat onder de bij koninklijk besluit vastgestelde voorwaarden de medische permanentie vanaf 1 juli 2021 zal worden verzekerd door functionele samenwerkingsverbanden. Gelet op het feit dat tegen 1 juli 2021 niet in alle gebieden huisartsenwachtposten kunnen worden opgericht, dringt de NCAZ erop aan dat de betrokken gebieden voor een periode van twee jaar aansluiten bij een samenwerkingsverband met het oog op het gebruik voor het betrokken gebied van het 1733-instrument. Dit mag niet leiden tot bijkomende kosten voor de wachtposten.

In de loop van 2020 zal de NCAZ overleggen over een voorstel tot financiering van de functionele samenwerkingsverbanden, in een koninklijk besluit genomen op basis van een specifieke wettelijke bepaling in de GVU-wet. Daarin kan bepaald worden dat:

- de financiering of onderdelen ervan kan gebeuren op basis van nog vast te stellen parameters;
- de financiering desgevallend gedeeltelijk kan lopen rechtstreeks in toepassing van het koninklijk besluit of door het sluiten van overeenkomsten met de samenwerkingsverbanden.

5.2.2.2. In het kader van onderhavig akkoord zal de NCAZ:

- de continuïteit van de financiering van de bestaande initiatieven garanderen;
- nieuwe initiatieven financieren die zich inschrijven in de doelstellingen van het vernieuwde beleid inzake de niet-planbare zorg;
- de voorbereiding van de implementatie van genoemde regelgeving ondersteunen.

Daarnaast zal de NCAZ een aantal experimentele projecten financieren die de weekwacht reorganiseren. Voor het geheel van deze projecten is in 2020 een bedrag van 1.500 duizend euro (3.000 duizend euro op jaarbasis) beschikbaar. De NCAZ bepaalt tegen uiterlijk 31 maart 2020 de modaliteiten voor deze financiering.

5.2.3. Financiering van de bestaande initiatieven in 2020

5.2.3.1. Voor het bepalen van het individuele financieringsbedrag voor elke wachtpost voor 2020 zal als referentie-jaarbedrag voor de werkingskosten het contractuele bedrag voor 2019 (zoals het is geëvolueerd tot op 30 september 2019) gebruikt worden. Voor de initiatieven die gestart zijn in 2019 kan het toegewezen contractuele bedrag geëxtrapoleerd worden voor 12 maanden. Deze aldus bekomen referentie-jaarbedragen 2019 worden voor 2020 als volgt aangepast :

- voor de rubrieken ICT, huur, onderhoud, coördinatie-administratie, onthaal en vervoer worden de bedragen verhoogd met 2%;
- voor de andere rubrieken wordt uitgegaan van het maximum van de standaardisering zoals die momenteel van kracht is.

De betaling van de eerste schijf belooft 70% van de aldus bekomen individuele bedragen.

5.2.3.2. In de loop van 2020 worden de bedragen bedoeld onder punt 5.2.3.1. gecorrigeerd, indien dit noodzakelijk blijkt. Deze correcties kunnen in het bijzonder betrekking hebben op rubrieken waarvan geweten is dat ze in veel gevallen problematisch zijn, zoals huur, boekhouding en mogelijk andere. Deze correctie-oefening die, om realistisch te blijven op het vlak van de administratieve haalbaarheid, tot één enkele ronde beperkt moet worden, zal worden georganiseerd volgens een methodiek die door de interadministratieve cel (IAC) aan de NCAZ ter goedkeuring zal worden voorgelegd op uiterlijk 1 maart 2020.

5.2.4. Financiering van nieuwe initiatieven

5.2.4.1. Binnen de beschikbare budgettaire middelen kunnen nieuwe initiatieven in aanmerking genomen worden op voorwaarde dat ze er zich toe verbinden deel uit te maken van een functioneel samenwerkingsverband.

5.2.4.2. Nieuwe initiatieven kantelen in de zones waar dat mogelijk is van in het begin in het 1733-systeem en hebben een geografische en operationele koppeling met een spoedgevallendienst. Indien een spoeddienst geografisch te ver verwijderd is voor de huisartszone die

5.2. Postes de garde

5.2.1. La CNMM constate que des efforts considérables sont fournis en ce qui concerne le développement de postes de garde de médecine générale. L'enveloppe y afférente est fixée pour 2020 à 33.148 milliers d'euros, contre 25.048 milliers d'euros en 2019.

5.2.2. Contexte et principes

5.2.2.1. La CNMM a pris connaissance des articles 21 à 26 inclus de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé en ce qui concerne la permanence. L'implémentation de cette réglementation est prévue à partir du 1^{er} juillet 2021.

Il y est prévu que dans les conditions fixées par arrêté royal la permanence médicale soit assurée à partir du 1^{er} juillet 2021 par des accords de collaboration fonctionnelle. Étant donné que pour le 1^{er} juillet 2021 des postes de garde de médecine générale ne pourront pas être créés dans toutes les régions, la CNMM insiste pour que les régions concernées adhèrent à un accord de collaboration fonctionnelle pendant une période initiale de deux ans en vue de l'utilisation de l'instrument 1733 dans la région concernée. Ceci ne peut pas mener à des coûts supplémentaires pour les postes de garde.

Au cours de l'année 2020, la CNMM se concertera sur une proposition de financement des accords de collaboration fonctionnelle, par un arrêté royal pris sur la base d'une disposition légale spécifique de la loi SSI. Il pourra y être stipulé que :

- le financement, en tout ou en partie, puisse se faire sur la base de paramètres à déterminer ;
- le cas échéant, une partie du financement puisse se faire directement en application de l'arrêté royal ou en concluant des conventions avec les accords de collaboration.

5.2.2.2. Dans le cadre du présent accord, la CNMM s'engage dès lors à :

- garantir la continuité du financement des initiatives existantes ;
- financer de nouvelles initiatives conformes aux objectifs de la nouvelle politique en matière de soins non programmables ;
- soutenir la préparation de la mise en œuvre de la réglementation susmentionnée.

En outre, la CNMM financera un certain nombre de projets expérimentaux de réorganisation de la garde en semaine. Pour l'ensemble de ces projets, un montant de 1.500 milliers d'euros (3.000 milliers d'euros sur base annuelle) sera disponible en 2020. La CNMM établira pour le 31 mars 2020 les modalités de ce financement.

5.2.3. Financement des initiatives existantes en 2020

5.2.3.1. Pour déterminer le montant du financement individuel de chaque poste de garde pour 2020, le montant contractuel pour 2019 (tel qu'il a évolué jusqu'au 30 septembre 2019) sera utilisé comme montant de référence annuel pour les frais de fonctionnement. Pour les initiatives lancées en 2019, le montant contractuel attribué peut être extrapolé pour 12 mois. Les montants de référence annuels 2019 ainsi obtenus sont adaptés comme suit pour 2020 :

- pour les rubriques ICT, loyer, entretien, coordination-administration, accueil et transport, les montants sont majorés de 2 % ;
- pour les autres rubriques, on part du maximum de la normalisation actuellement en vigueur.

Le paiement de la première tranche s'élève à 70 % des montants individuels ainsi obtenus.

5.2.3.2. Au cours de l'année 2020, les montants visés au point 5.2.3.1. seront corrigés si nécessaire. Ces corrections pourront concerner en particulier des rubriques dont on sait qu'elles sont problématiques dans de nombreux cas, telles que les frais de location, les frais de comptabilité et éventuellement d'autres frais. Cet exercice de correction, qui doit se limiter à un seul tour afin de rester réaliste en terme de faisabilité administrative, sera organisé selon une méthodologie qui sera soumise par la Cellule interadministrative (CIA) à l'approbation de la CNMM au plus tard le 1^{er} mars 2020.

5.2.4. Financement de nouvelles initiatives

5.2.4.1. De nouvelles initiatives pourront être prises en compte dans les limites des ressources budgétaires disponibles, à condition qu'elles s'engagent à participer à un accord de collaboration fonctionnelle.

5.2.4.2. Dans les zones où c'est possible, les nouvelles initiatives basculeront dès le début dans le système 1733 et seront géographiquement et opérationnellement liées à un service d'urgence. Si un service d'urgence est géographiquement trop éloigné de la zone de médecins

moet bediend worden of indien uitdrukkelijk vastgesteld is dat niet kan worden aangesloten bij een naburige wachtpost, kan een nieuwe wachtpost gefinancierd worden op voorwaarde dat hij operationeel gekoppeld is aan een wachtpost in de nabijheid van een spoedgeval-lendienst.

5.2.5. Gecoördineerde ondersteuning van de lokale (-regionale) initiatieven en begeleiding van het oprichten van functionele samenwerkingsverbanden.

5.2.5.1. Door de overheid zal, onder aansturing door het RIZIV, worden voorzien in de noodzakelijke professionele ondersteuning van de samenwerkingsverbanden door coördinatoren zodat een eenvoudige aanpak verzekerd wordt.

5.2.5.2. Om de gecoördineerde uitrol van de samenwerkingsverbanden, wachtposten en het 1733-nummer te verzekeren, zullen de FOD Volksgezondheid en het RIZIV de werking van de IAC versterken.

5.2.5.3. Bij de implementatie van de regelgeving vermeld in punt 5.2.2.1. worden vertegenwoordigers van de NCAZ (3 leden van de huisartsenvertegenwoordigers van de representatieve artsorganisaties en drie leden van de Verzekeringsinstellingen) afgevaardigd naar het begeleidingsplatform “wachtposten en functionele samenwerkingsverbanden”. Dit platform wordt aangestuurd door de FOD Volksgezondheid en het RIZIV. Tevens worden hierbij artsen uit het werkveld betrokken.

5.2.5.4. De NCAZ acht het noodzakelijk dat de huisartsen en de huisartsenkringen betrokken worden bij het oprichten van de functionele samenwerkingsverbanden en bij de verschillende fasen ervan. Daarom stelt de NCAZ voor de huisartsen hiervoor te honoreren en daarvoor een globaal bedrag van 750.000 euro te voorzien binnen de enveloppe van de wachtpost. De IAC zal ten laatste op 31 maart 2020 een concreet voorstel van draaiboek voor het oprichten van functionele samenwerkingsverbanden en het honoreren van de huisartsen ter goedkeuring aan de NCAZ voorleggen. Het draaiboek organiseert in het bijzonder de betrokkenheid van de huisartsenkringen en van de individuele huisartsen in de oprichting van de samenwerkingsverbanden. De concrete wachtoorganisatie voor de weekends wordt beslist door de artsen van het samenwerkingsverband.

5.2.6. Het begeleidingsplatform “wacht” zal een studie verrichten naar een optimalere aanwending van de honoraria ter ondersteuning van de permanentie en de wachttactiviteit : het begeleidingsplatform zal de eerste resultaten aan de NCAZ voorleggen tegen 31 mei 2020.

5.3. Telegeneeskunde

De toepassing en financiering van telegeneeskunde (teleconsultatie en tele-expertise) zal worden voorbereid in een werkgroep met leden van de NCAZ. Bovendien wordt voorgesteld een aantal pilootprojecten op te starten.

5.3.1. Tele-expertise dermatologie en oftalmologie

De NCAZ wenst gebruik te maken van de bestaande mogelijkheden om via beveiligde communicatiekanalen medische informatie en foto's uit te wisselen tussen drie partijen: patiënt, huisarts en specialist, met het oog op diagnose, behandeling of preventie van huidafwijkingen, omdat teledermatologie een snellere, meer toegankelijke, kwaliteitsvolle en kosteneffectieve dermatologische zorg kan bieden. Een budget van 184.000 euro wordt vrijgemaakt voor het opstarten van een landelijk pilootproject dat na evaluatie kan uitgerold worden tot een definitieve regeling.

In dezelfde optiek zal ook een pilootproject worden gelanceerd inzake teleoftalmologie.

5.3.2. MOC

De NCAZ wenst dat de nomenclatuur wordt aangepast zodat de huisarts via teleconferentie aan de MOC kan deelnemen. Dit zal de deelname van de huisarts aan de MOC stimuleren en is een eerste stap naar telegeneeskunde. Het bedrag dekt de toename van het aantal deelnames.

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.

5.4. Genoomanalyse

De NCAZ heeft kennis genomen van de aanbevelingen in het KCE-rapport 300 m.b.t. de uitdagingen en organisatorische opties voor Whole Genome Sequencing (WGS) in het Belgisch gezondheidssysteem, alsook van de concrete actievoorstellen geformuleerd door het Begeleidingscomité van het burgerforum “Mijn DNA, een zaak van iedereen?” georganiseerd door de Koning Boudewijnstichting.

généralistes qui doit être couverte, ou s'il est constaté explicitement qu'il ne peut pas se rattacher à un poste de garde voisin, un nouveau poste de garde pourra être financé à condition qu'il soit relié opérationnellement à un poste de garde se trouvant à proximité d'un service d'urgence.

5.2.5. Support coordonné des initiatives locales (régionales) et accompagnement à la création d'accords de collaboration fonctionnelle

5.2.5.1. L'autorité publique, par l'intermédiaire de l'INAMI, fera le nécessaire pour le soutien professionnel indispensable des réseaux de coopération par des coordinateurs de façon à ce qu'une approche uniforme soit assurée.

5.2.5.2. Afin d'assurer un déploiement coordonné des accords de collaboration et des postes de garde et d'assurer le numéro 1733, le SPF Santé publique et l'INAMI renforceront le fonctionnement de la CIA.

5.2.5.3. Pour l'implémentation de la réglementation mentionnée au point 5.2.2.1., des représentants de la CNMM (3 membres représentants des médecins généralistes des organisations représentatives des médecins et 3 membres des organismes assureurs) seront délégués à la plateforme d'accompagnement « Postes de garde et accords de collaboration fonctionnelle ». Cette plateforme sera pilotée par le SPF Santé publique et l'INAMI. Par ailleurs, les médecins du terrain seront impliqués.

5.2.5.4. La CNMM estime nécessaire que les médecins généralistes et les cercles de médecine générale soient impliqués eux-mêmes dans la création des accords de collaboration fonctionnelle et dans les différentes phases y afférentes. C'est pourquoi, la CNMM propose de rétribuer les médecins généralistes pour cette implication et de prévoir à cet effet, dans l'enveloppe des postes de garde, un montant global de 750.000 euros. Pour le 31 mars 2020 au plus tard, la CIA soumettra à l'approbation de la CNMM une proposition concrète de scénario pour la constitution des accords de collaboration fonctionnelle et pour la rétribution des médecins généralistes. Le scénario organise en particulier l'implication des cercles de médecine générale et des médecins généralistes individuels. L'organisation concrète de la garde pendant les weekends est décidée par les médecins de la coopération fonctionnelle.

5.2.6. La plateforme d'accompagnement « garde » procédera à une étude pour une affectation plus optimale des honoraires pour soutenir la permanence et l'activité de garde : la plateforme d'accompagnement présentera les premiers résultats à la CNMM d'ici le 31 mai 2020.

5.3. Télémédecine

L'application et le financement de la télémédecine (téléconsultation et télé-expertise) seront préparés dans un groupe de travail avec des membres de la CNMM. En outre, il est proposé de démarrer un nombre de projets-pilotes.

5.3.1. Télé-expertise en matière de dermatologie et d'ophtalmologie

La CNMM souhaite utiliser les possibilités existantes pour échanger, via des canaux de communication sécurisés, des informations médicales ainsi que des photos entre trois parties : le patient, le médecin généraliste et le médecin spécialiste, en vue du diagnostic, du traitement ou de la prévention des affections de la peau, parce que la téledermatologie permet d'offrir des soins dermatologiques plus rapides, plus accessibles, de qualité et ayant un bon rapport coût-efficacité. Un budget de 184.000 euros est libéré pour le lancement d'un projet-pilote à l'échelle du pays, qui pourra être implémenté après évaluation au moyen d'une réglementation définitive.

Dans la même optique, un projet-pilote concernant la téléophtalmologie sera lancé.

5.3.2. COM

La CNMM souhaite que la nomenclature soit adaptée de sorte que le médecin généraliste puisse participer à la COM par téléconférence. Cela stimulera la participation du médecin généraliste à la COM et constitue une première étape en direction de la télémédecine. Le montant couvre l'augmentation du nombre de participations.

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.

5.4. Analyse du génome

La CNMM a pris connaissance des recommandations du rapport KCE 300 « Séquençage du génome complet : défis et pistes d'organisation pour le système belge », ainsi que des propositions d'actions concrètes formulées par le Comité d'accompagnement du forum citoyen « Mon ADN, tous concernés ? », organisé par la Fondation Roi Baudouin.

Zowel KCE als het Begeleidingscomité van het burgerforum geven aan dat een pilootproject de beste mogelijkheden biedt om een antwoord te kunnen bieden op de organisatorische, klinische en ethische vragen van het gebruik van WGS in routinezorg.

Begin 2020 zal het RIZIV, in samenspraak met de NCAZ en de stakeholders, initiatieven nemen om een dergelijk pilootproject op te stellen.

5.5. Hervorming dagziekenhuis

De Visienota van het Verzekeringscomité betreffende de herziening van de werking, organisatie en financiering van de daghospitalisatie vraagt dat voorstellen worden uitgewerkt om de coherentie te bewaren tussen de nomenclatuur en de lijst van ingrepen in daghospitalisatie. De NCAZ zal volop meewerken aan de realisatie hiervan.

6. Kwaliteit en doelmatige zorg

6.1. Beslissingsondersteuning

De NCAZ herhaalt haar wens dat voorschrijvers en radiologen over een decision support tool kunnen beschikken die methodologisch transparant en evidence based is, richtinggevend is en zo user-friendly mogelijk is. Deze tool moet toelaten om onnodig of overbodig voorschrijven en uitvoeren van medische beeldvorming en klinische biologie terug te dringen.

Het aanbieden van beslissingsondersteuning via centrale platformen is opgenomen in punt 4.5 van het plan eGezondheid 2019-2021. Ook in het actieplan handhaving in de gezondheidszorg van het RIZIV werd dit onderwerp meegenomen.

De NCAZ noteert dat in de loop van 2020 door het RIZIV lastenboeken zullen worden gelanceerd met betrekking tot beslissingsondersteuning op het vlak van medische beeldvorming, klinische biologie en antibiotica. Na de gunning zal een plan van uitrol worden opgestart.

6.2. Accreditering

6.2.1. Het Nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen 2018-2019 bepaalde "dat de financiering van de accreditering stapsgewijs zou worden herzien waarbij een groter gewicht zou worden toegekend aan het accrediteringsforfait. Hierdoor zal op termijn een gelijkwaardige vergoeding voor gelijkwaardige inspanningen worden tot stand gebracht. Een eerste stap hiertoe zal in 2019 worden gezet."

Ten einde te vermijden dat deze verbintenis dode letter blijft, wordt voorgesteld een herschikking door te voeren van de bijkomende honoraria accreditering.

Gemiddeld wordt terzake aan de artsen een bedrag toegekend van 11.953 euro. Voor sommige groepen ligt dit bedrag twee tot viermaal zoveel. Dit is inzonderheid het geval in de sector klinische biologie. Voorgesteld wordt om het bedrag van de toeslag te beperken tot 0,50 euro per forfaitair honorarium i.p.v. gemiddeld 1,22 euro. Hierdoor wordt een sterke reductie van de vastgestelde variatie vastgesteld.

In de toekomst zal een verdere gelijkwaardigheid worden nagestreefd.

Hierbij moet worden opgemerkt dat hierdoor in de sector klinische biologie een gelijkaardige financiële inspanning wordt geleverd als in de sector medische beeldvorming.

6.2.2. De voorstellen tot hervorming van het systeem van accreditering hebben tijdens het vorige akkoord niet tot concrete resultaten geleid. Evenwel moet in het licht van de uitvoering van de wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg tegen 2021 een aantal concrete stappen worden gezet op 3 domeinen : permanente professionele navorming waarvan de geleverde inspanningen worden gedocumenteerd in het professioneel dossier van de arts, de activiteiten in de schoot van de LOK's en het realiseren van algemene en individuele kwaliteitsdoelstellingen gebaseerd op een set indicatoren.

Bovendien zullen kwaliteitscriteria worden vastgesteld met betrekking tot het gebruik van het GMD. Bijzondere aandacht zal besteed worden aan de kwaliteitsvereisten waaraan het gebruik van het GMD moet voldoen. Hieraan zullen incentives worden gekoppeld.

Hiertoe zal een gemengde werkgroep worden samengesteld (NCAZ, NRKP, accrediteringsstuurgroep, Hoge Raad, artsen-specialisten en huisartsen) waarvan het secretariaat door de FOD Volksgezondheid en het RIZIV wordt verzekerd. Deze gemengde werkgroep zal tegen 30 september 2020 aan de NCAZ een concreet implementatieplan voorleggen dat een meer evenwichtige verdeling van de accrediteringsmassa realiseert.

Tant le KCE que le Comité d'accompagnement du forum citoyen soulignent qu'un projet-pilote offre les meilleures opportunités de répondre aux questions organisationnelles, cliniques et éthiques en matière d'utilisation du séquençage du génome complet dans les soins de routine.

Début 2020, l'INAMI prendra, en collaboration avec la CNMM et les acteurs concernés, des initiatives pour mettre sur pied un tel projet-pilote.

5.5. Réforme hôpital de jour

La Note de vision du Comité de l'assurance relative à la révision du fonctionnement, de l'organisation et du financement de l'hospitalisation de jour demande que des propositions soient formulées afin de préserver la cohérence entre la nomenclature et la liste des interventions dans le cadre de l'hospitalisation de jour. La CNMM participera pleinement à la réalisation de ce projet.

6. Qualité et soins efficaces

6.1. Aide à la décision

La CNMM répète son souhait que les prescripteurs et les radiologues puissent disposer d'un outil d'aide à la décision qui soit transparent d'un point de vue méthodologique, qui soit evidence-based, qui donne une orientation et qui soit le plus convivial possible. Cet outil doit permettre de réduire la prescription et la réalisation d'exams d'imagerie médicale inutiles ou superflus.

Le point 4.5. du plan e-Santé 2019-2021 prévoit d'offrir un soutien décisionnel par le truchement de plateformes centralisées. Le Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé de l'INAMI fait lui aussi mention de ce thème.

La CNMM note qu'au cours de l'année 2020 l'INAMI lancera des cahiers des charges concernant le soutien décisionnel en matière d'imagerie médicale, de biologie clinique et d'antibiotiques. Après attribution des marchés, un plan d'implémentation sera lancé.

6.2. Accréditation

6.2.1. L'accord national médico-mutualiste 2018-2019 précisait que « le financement de l'accréditation sera revu étape par étape. Un plus grand poids sera accordé au forfait d'accréditation. Cela permettra à terme une rétribution équivalente pour des efforts équivalents réalisés. Une première étape dans ce sens sera entamée en 2019 ».

Afin d'éviter que cet engagement ne reste lettre morte, il est proposé d'instaurer un réaménagement des honoraires supplémentaires pour l'accréditation.

En moyenne, on octroie aux médecins un montant de 11.953 euros à cet effet. Pour certains groupes, ce montant est deux à quatre fois plus important. C'est particulièrement le cas dans le secteur de la biologie clinique. Il est proposé de limiter le montant supplémentaire à 0,50 euro par honoraires forfaitaires au lieu de 1,22 euro en moyenne. On observe de ce fait une forte diminution de la variation constatée.

À l'avenir, on tendra vers une plus grande équivalence.

Il convient de faire remarquer ici que cela induit un effort financier dans le secteur de la biologie clinique équivalent à celui du secteur de l'imagerie médicale.

6.2.2. Les propositions visant une réforme du système d'accréditation n'ont pas abouti à des résultats concrets lors du précédent accord. Toutefois, en exécution de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé, un certain nombre de mesures concrètes doivent être prises d'ici 2021 dans 3 domaines : la formation professionnelle continue dont les efforts fournis sont documentés dans le dossier professionnel du médecin, les activités dans le cadre des GLEM et la réalisation d'objectifs généraux et individuels en matière de qualité, basés sur un ensemble d'indicateurs.

En outre, des critères de qualité relatifs à l'utilisation du DMG seront fixés. Une attention particulière sera portée sur les exigences de qualité auxquelles l'utilisation du DMG doit répondre. Celles-ci seront assorties d'incitants.

À cet effet, un groupe de travail mixte (CNMM, CNPQ, Groupe de direction de l'accréditation, Conseil supérieur, médecins-spécialistes et médecins généralistes) sera constitué, dont le secrétariat sera assuré par le SPF Santé publique et l'INAMI. Ce groupe de travail mixte soumettra à la CNMM, pour le 30 septembre 2020, un plan d'implémentation concret qui réalise une répartition plus équilibrée de la masse d'accréditation.

6.2.3. Het accrediteringsforfait wordt vastgesteld op 634,75 euro.

6.3. Raadpleging pre-anesthesie

Overeenkomstig de richtlijnen van het KCE (Het preoperatief onderzoek, rapport 5, 2004) vormt de uitvoering van een preoperatief onderzoek door een anesthesist een noodwendigheid. Ook in het kader van de ziekenhuisaccreditering zijn terzake duidelijke normen voorzien. Recent werden de werkzaamheden in de schoot van een werkgroep van de TGR gestart om na te gaan onder welke voorwaarden een pre-anesthesie-raadpleging kan worden georganiseerd voor patiënten die in een klassieke hospitalisatie een ingreep zullen ondergaan (tijdstip voor de ingreep, consultatie Sumehr, risicoclassificatie, informed consent, verslag, ...).

De NCAZ stelt voor om terzake tegen 30 juni 2020 een voorstel uit te werken met een inwerkingtreding in verschillende fasen.

6.4. Complexe chirurgie

Rekening houdend met de aanbevelingen van het KCE (rapport 305A) is de NCAZ van oordeel dat na de beperking van de complexe chirurgische ingrepen bij pancreas- en slokdarmkanker een gelijkaardig initiatief wordt genomen met betrekking tot hoofd- en halstumoren.

6.5. ECG

De nomenclatuur zal worden aangepast om het veelvuldig aanrekenen van een ECG op dezelfde dag te beperken.

6.6. Cumulbeperking: artikel 34

Er wordt vastgesteld dat de verstrekkingen van artikel 34 van de nomenclatuur, meer specifiek de verstrekkingen inzake cardiologie, gecumuleerd worden met allerlei verstrekkingen uit de nomenclatuur die vaak deel uitmaken van de uit te voeren procedure.

Aangezien er een grote variabiliteit wordt vastgesteld tussen de betrokken instellingen, dient er een grondige analyse te worden gemaakt van de verstrekkingen van artikel 34, waarbij ook items als veiligheidsaspecten mee in beschouwing zullen genomen worden, ten einde tot een aanpassing van de cumulregels in de nomenclatuur te komen.

6.7. Doelmatige zorg

6.7.1. In de loop van 2019 werd op website 'Healthy Belgium' een reeks analyses gepubliceerd met betrekking tot praktijkvariëaties in verschillende sectoren. De NCAZ is van oordeel dat, in het licht van het plan handhaving en doelmatige zorg dat door de Algemene Raad van de verzekering voor geneeskundige verzorging op 4 juni 2018 werd goedgekeurd, in 2020 concrete acties worden ondernomen teneinde de gedane vaststellingen en analyses te valideren en concrete voorstellen per thema te ontwikkelen om deze verschillen terug te dringen. Het is duidelijk dat hierbij de ondersteuning en medewerking van de wetenschappelijke verenigingen van zorgverleners onmisbaar is bij het opstellen van thematische actieplannen door het RIZIV. Tevens zal worden nagegaan onder welke voorwaarden daadwerkelijk gerealiseerde efficiëntiewinsten tegelijk worden ingezet voor nieuwe zorgbehoeften.

6.7.2. Meer specifiek zal het RIZIV, in het kader van deze actieplannen (6.7.1), een aantal thematische feedbacks ontwikkelen met het oog op bespreking hiervan in de LOK's.

6.7.3. Overeenkomstig de verbintenissen vervat in de bestuursovereenkomst wenst de NCAZ in kennis gesteld te worden van het evaluatierapport over de toepassing van het verplicht gebruik van de derdebetalersregeling teneinde in samenspraak met de antifraudecommissie desgevallend corrigerende maatregelen te bepalen.

6.7.4. Nationaal actieplan One Health ter bestrijding van antimicrobiële resistentie (AMR)

In 2020 zullen afspraken worden gemaakt met de gebruikers en software leveranciers om de mogelijkheid te voorzien om geaggregeerde, geanonimiseerde data uit het elektronisch medisch dossier te extraheren met het oog op kwaliteitsevaluatie. Binnen het kader van het Nationaal Actieplan One Health AMR wordt in eerste instantie gekozen voor kwaliteitsindicatoren met betrekking tot het voorschrijven antibiotica. Deze indicatoren zullen worden ontwikkeld in samenspraak met de NRKP en BAPCOC.

6.7.5. Biosimilars

De NCAZ wenst betrokken te worden bij de gemengde taskforce inzake biosimilars die door de regering in het kader van de begroting 2020 werd opgericht. Deze taskforce is belast met het onderzoeken en uitwerken van concrete voorstellen en incentives voor het tot stand brengen van een grotere marktdynamiek en het creëren van de nodige ruimte voor innovatieve specialiteiten. Hierbij zullen verschillende maatregelen worden onderzocht (quota, financiële incentives, informatieve gaps,...)

6.2.3. Le forfait d'accréditation est fixé à 634,75 euros.

6.3. Consultation préanesthésie

Conformément aux directives du KCE (l'examen préopératoire, rapport 5, 2004), la réalisation d'un examen préopératoire par un anesthésiste est une nécessité. Dans le cadre de l'accréditation des hôpitaux, des normes claires sont prévues en la matière. Les activités au sein d'un groupe de travail du CTM ont été récemment lancées pour examiner sous quelles conditions une consultation préanesthésique peut être organisée pour les patients qui subiront une intervention lors d'une hospitalisation classique (moment de l'intervention, consultation Sumehr, classification de risques, consentement éclairé, rapport...).

La CNMM propose de rédiger une proposition en la matière d'ici le 30 juin 2020, avec une entrée en vigueur en plusieurs phases.

6.4. Chirurgie complexe

Tenant compte des recommandations du KCE (rapport 305B), la CNMM estime qu'après la limitation des interventions chirurgicales complexes pour les cancers du pancréas et de l'œsophage, une initiative similaire sera prise au sujet des tumeurs de la tête et du cou.

6.5. ECG

La nomenclature sera adaptée pour limiter les attestations multiples d'ECG le même jour.

6.6. Limitation de cumul: article 34

Il est constaté que les prestations de l'article 34 de la nomenclature, et plus particulièrement les prestations de cardiologie, sont cumulées avec toutes sortes de prestations de la nomenclature qui font souvent partie de la procédure à suivre.

Vu la grande variabilité constatée entre les établissements concernés, il y a lieu de faire une analyse approfondie des prestations de l'article 34, en tenant également compte des items tels que les aspects de sécurité, afin d'aboutir à une adaptation des règles de cumul dans la nomenclature.

6.7. Soins efficaces

6.7.1. Dans le courant de 2019, une série d'analyses ont été publiées sur le site web « Healthy Belgium » au sujet des variations entre les pratiques dans différents secteurs. La CNMM, à la lumière du « Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé », qui a été approuvé le 4 juin 2018 par le Conseil général de l'assurance soins de santé, est d'avis qu'en 2020 que des actions concrètes soient entreprises afin de valider les constatations faites et les analyses réalisées et de développer des propositions concrètes par thématique pour résorber ces différences. Il est clair que, dans ce cadre, le soutien et la collaboration des associations scientifiques de dispensateurs de soins seront indispensables à la rédaction par l'INAMI de plans d'action thématique concrets. Il sera également vérifié sous quelles conditions des gains d'efficacité réellement réalisés seront mis en œuvre au même temps pour de nouveaux besoins en soins.

6.7.2. Plus particulièrement, l'INAMI élaborera, dans le cadre de ces plans d'action (6.7.1), un certain nombre de feed-back thématiques afin d'en discuter au sein des GLEM.

6.7.3. Conformément aux engagements repris dans le Contrat d'administration, la CNMM souhaite être informée du rapport d'évaluation concernant l'application obligatoire du régime du tiers payant en vue de fixer le cas échéant des mesures de correction en concertation avec la commission anti-fraude.

6.7.4. Plan d'action national One Health, de lutte contre l'antibiorésistance (plan AMR)

En 2020, des accords seront conclus avec les utilisateurs et les fournisseurs de logiciels afin de prévoir la possibilité d'extraire des données agrégées et anonymisées du dossier médical électronique en vue d'une évaluation de la qualité. Dans le cadre du Plan d'action national One Health AMR, il a été opté en première instance pour des indicateurs de qualité relatifs aux antibiotiques prescrits. Ces indicateurs seront développés en collaboration avec le CNPQ et la BAPCOC.

6.7.5. Biosimilaires

La CNMM souhaite être impliquée dans le groupe de travail mixte biosimilaires qui a été mis en place par le gouvernement dans le cadre du budget 2020. Ce groupe de travail est chargé d'examiner et d'élaborer des propositions concrètes et des incitants afin de mettre en œuvre une dynamique de marché plus importante et de créer la marge nécessaire pour les spécialités innovantes. Différentes mesures seront dès lors examinées (quotas, incitants financiers, gaps informatifs...).

7. Geïntegreerde praktijkpremie voor huisartsen

Aangaande de geïntegreerde praktijkpremie stemt de NCAZ ermee in om, na twee jaar van ongewijzigde criteria en drempels, de lijst van criteria en drempels aan te passen volgens de onderstaande richtlijnen:

- rekening houdend met de belangrijke verwachtingen van de zorgverleners, patiënten en autoriteiten met betrekking tot de digitalisering van de sector, verbindt de NCAZ zich ertoe om drempelwaarden vast te stellen die voldoende ambitie tonen ten opzichte van de uitdagingen. De NCAZ zal ondermeer rekening houden met de meest recente resultaten die door de huisartsen gehaald worden in hun gebruik van de bestaande e-diensten;
- de keuze van de e-gezondheidsdiensten waarop de premie berekend zal worden, zal ook rekening moeten houden met de effectieve werking en de operationaliteit van de voorgestelde e-dienst;
- specifiek voor de Sumehr zal de NCAZ bijzondere aandacht schenken aan de kwaliteit van de codering van de Sumehrgegevens, eerder dan aan het aantal gepubliceerde Sumehrs;
- de bedragen van de geïntegreerde praktijkpremie blijven onveranderd. Zij zullen enkel variëren op basis van het aantal behaalde criteria.

De NCAZ verbindt zich ertoe om op basis van voornoemde principes en op voorstel van een werkgroep ad hoc ten laatste op 31 maart 2020 de criteria en de drempelwaarden voor de premie 2020 vast te leggen.

8. Tariefzekerheid en financiële toegankelijkheid

Het Nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen van 19 december 2017 bevatte een aantal concrete afspraken met betrekking tot financiële toegankelijkheid en ereloonsupplementen.

Hiertoe werd een overleg opgestart tussen vertegenwoordigers van artsen, ziekenfondsen en ziekenhuizen. Op basis van de activiteiten van een aantal werkgroepen werd op 12 februari 2019 een ontwerp van eindverslag opgesteld ten behoeve van de Minister van Volksgezondheid en sociale zaken.

In het besluit van dit verslag drukte de werkgroep de wens uit om - zo snel mogelijk bij de aanvang van de volgende legislatuur - een budgettair meerjarencader voor de ziekenhuissector tot stand te brengen waarvan verschillende uitdagingen op een geïntegreerde wijze zouden worden aan bod gebracht. Hierin zou ook 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. Hierin zou ook een beheersingspad moeten worden voorzien voor de supplementen en de afhoudingen in de ziekenhuizen.

Omwille van de politieke context kan met de concretisering ervan geen aanvang worden gemaakt. Wel werd een aantal technische maatregelen genomen zoals de aanpassing van de minimumindeling van het algemeen rekeningsstelsel van de ziekenhuizen.

De NCAZ is van oordeel dat het overleg terzake moet worden verdergezet met de relevante stakeholders. Tevens wenst de NCAZ dat in 2020 een aantal concrete stappen worden gezet, enerzijds om de kosten voor patiënten duidelijker of meer voorzienbaar te maken en anderzijds om kosten (stijgingen) redelijk te houden.

Gelet op de vorderingen terzake dringt de NCAZ erop aan dat voor 30 juni 2020 een standaardmodel van kostenraming voor een aantal courante ziekenhuisopnames wordt vastgesteld en per 1 januari 2021 wordt ingevoerd. Parallel hiermee dient ook het model van patiëntfactuur te worden aangepast.

In het kader van elektronische facturatie in de ambulante sector zullen door de zorgverleners aan de verzekeringsinstellingen de aan de patiënt aangerekende supplementaire honoraria worden meegedeeld.

De NCAZ dringt erop aan dat op een aantal factoren die bijdragen tot een stijging van de ereloonsupplementen beter moeten worden beheerd. In dat kader is het logisch dat een eventuele herfinanciering van de ziekenhuizen leidt tot een aanpassing van de afdrachten die op zijn beurt een impact genereert op het niveau van de ereloonsupplementen.

De analyses van de ziekenhuisfacturen tonen aan dat onder de codereeks 960 een aantal verstrekkingen worden aangerekend voor een geraamd bedrag van 200 miljoen waarvan 100 miljoen erelonen. Het is noodzakelijk dat deze codereeks wordt gespecificeerd teneinde een betere controle mogelijk te maken op het al dan niet gerechtvaardigde karakter van de aangerekende verstrekkingen en dat de verstrekker die

7. Prime de pratique intégrée pour médecins généralistes

Concernant la prime de pratique intégrée, la CNMM s'accorde, après deux années de critères et de seuils inchangés, pour revoir la liste des critères et des seuils avec les lignes directrices suivantes :

- compte tenu des attentes importantes des dispensateurs de soins, des patients et des autorités par rapport à la digitalisation du secteur, la CNMM s'engage à fixer des seuils qui démontrent suffisamment d'ambition par rapport aux défis. La CNMM tiendra notamment compte des résultats les plus récents atteints par les médecins généralistes dans l'utilisation des e-services actuels ;
- le choix des services e-santé sur lesquels la prime sera calculée devra également tenir compte du fonctionnement effectif et opérationnel du e-service proposé ;
- en particulier pour le Sumehr, la CNMM accordera une attention particulière à la qualité de l'encodage des données du Sumehr plutôt qu'à la quantité de Sumehrs publiée ;
- les montants de la prime de pratique intégrée restent inchangés. Ils varieront uniquement sur base du nombre de critères atteints.

Sur base des principes énoncés ci-dessus, la CNMM s'engage à approuver au plus tard pour le 31 mars 2020 les critères et les seuils de la prime 2020 sur proposition d'un groupe de travail ad hoc.

8. Sécurité tarifaire et accessibilité financière

L'accord national médico-mutualiste du 19 décembre 2017 contenait un certain nombre d'accords concrets concernant l'accessibilité financière et les suppléments d'honoraires.

À cette fin, une concertation avait été lancée entre les représentants des médecins, des mutualités et des hôpitaux. Sur la base des activités d'un certain nombre de groupes de travail, un projet de rapport final a été rédigé pour la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique le 12 février 2019.

Dans la conclusion de ce rapport, le groupe de travail exprimait le souhait 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 également 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 honoraires supplémentaires actuellement attestés. Un trajet de maîtrise devrait également être prévu pour les suppléments et les retenues dans les hôpitaux.

En raison du contexte politique, il n'est pas possible de commencer à mettre cela en pratique. Toutefois, un certain nombre de mesures techniques ont été prises, telles que l'adaptation du plan comptable minimum normalisé des hôpitaux.

La CNMM estime que la concertation en la matière devrait se poursuivre avec les protagonistes pertinents. La CNMM souhaite également qu'un certain nombre de démarches concrètes soient entreprises en 2020, d'une part pour rendre les coûts pour les patients plus clairs ou plus prévisibles et, d'autre part, pour que les (augmentations de) coûts restent raisonnables.

Compte tenu des progrès réalisés en la matière, la CNMM insiste pour qu'un modèle standard d'estimation des coûts pour un certain nombre d'hospitalisations courantes soit établi pour le 30 juin 2020 et introduit au 1^{er} janvier 2021. En parallèle, il convient également d'adapter le modèle de la facture patient.

Dans le cadre de la facturation électronique dans le secteur ambulatoire, les dispensateurs de soins communiqueront aux organismes assureurs les suppléments d'honoraires portés en compte aux patients.

La CNMM insiste sur le fait qu'un certain nombre de facteurs contribuant à une augmentation des suppléments d'honoraires doivent être mieux maîtrisés. Dans ce cadre il est logique qu'un refinancement des hôpitaux mène à une adaptation des contributions qui à son tour génère un impact au niveau des suppléments d'honoraires.

Il ressort des analyses des factures hospitalières que certaines prestations, qui sont estimées à 200 millions, dont 100 millions d'honoraires, sont attestées sous la série de codes 960. Il est nécessaire de spécifier cette série de codes afin de permettre un meilleur contrôle du caractère justifié ou non et afin d'identifier le prestataire qui atteste. Il est demandé au CTM de donner une interprétation claire ou de

aanreken, wordt geïdentificeerd. De TGR wordt verzocht om op basis van de aangemelde probleemsituaties een duidelijke interpretatie te geven of de omschrijving van de betrokken codes te preciseren.

Ten slotte zal de NCAZ tegen 30 juni 2020 een analyse uitvoeren met betrekking tot de aanrekening van supplementen bij verstrekkingen in medisch technische diensten (biologie, beeldvorming, radiotherapie, ...) met het oog op de beheersing ervan.

9. HAIO's en ASO

De NCAZ benadrukt de noodzaak om meer aandacht te besteden aan de sociale rechten van de arts in opleiding. Hierbij zou kunnen overwogen worden om het bestaande sui generis statuut aan te vullen met een bijdrage voor de sector pensioenen en voor de sector werkloosheid.

De NCAZ is van oordeel dat in het licht van de quadruple aim de inspanningen terzake de nodige prioriteit verdienen.

In afwachting van een meer grondige hervorming verzekert de NCAZ voor het premiejaar 2020 een verhoging van 1.250 euro ten aanzien van het bedrag van het sociaal voordeel zoals voorzien in punt 11, dit voor alle artsen die op 31 december 2020 beschikken over een RIZIV-nummer voorbehouden voor de huisarts of arts-specialist in opleiding en voor dit premiejaar voldoen aan de vigerende regelgeving in uitvoering van artikel 54 van de GVV-wet. Voor deze artsen wordt het bedrag van het sociaal voordeel bijgevolg vastgesteld op 6.287,70 euro.

10. Arts in nood/doctors4doctors

In het kader van artikel 56 is voor het jaar 2020 een bedrag voorzien ten belope van 200 duizend euro.

De NCAZ dringt er bij het RIZIV op aan, om op basis van de reeds gevoerde besprekingen, met de betrokken organisaties een overeenkomst af te sluiten op basis van een concreet actieplan rekening houdend met de op het terrein vastgestelde noden

11. Sociaal Statuut

Het bedrag van het sociaal statuut 2020 voor de artsen bedraagt:

- 5.037,70 euro 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
- 2.376,40 euro 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 2020 vastgesteld op respectievelijk 6.029,69 euro en 5.024,88 euro per jaar.

12. Correctie maatregelen

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

12.2. 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.

13. Opvolging van het akkoord

De NCAZ zal de uitvoering van het akkoord opvolgen via een bordtabel 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.

14. Toepassingsvoorwaarden van het akkoord

14.1. 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.

14.2. Huisartsen

14.2.1. 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 14.2.3., de honorariumbedragen en de reisvergoedingen, vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, op zijn hele praktijk worden toegepast.

préciser le libellé des codes en question, sur la base des situations problématiques signalées.

Enfin, la CNMM réalisera, d'ici au 30 juin 2020, une analyse relative à la facturation de suppléments pour les prestations dispensées dans des services médico-techniques (biologie, imagerie, radiothérapie, etc.) afin de les maîtriser.

9. MGF et MSF

La CNMM insiste sur la nécessité d'accorder une plus grande attention aux droits sociaux du médecin en formation. Il pourrait être envisagé de compléter le statut sui generis existant par une contribution au secteur des pensions et au secteur du chômage.

La CNMM est d'avis que, compte tenu du Quadruple Aim, les efforts dans ce domaine méritent la priorité nécessaire.

Dans l'attente d'une réforme plus approfondie, la CNMM assurera pour l'année de prime 2020 une augmentation de 1.250 euros par rapport au montant de l'avantage social prévu au point 11 pour tous les médecins qui, au 31 décembre 2020, sont titulaires d'un numéro INAMI réservé aux médecins généralistes ou aux médecins spécialistes en formation et qui satisfont à la réglementation en vigueur, en application de l'article 54 de la Loi SSI. Pour ces médecins, le montant de l'avantage social est dès lors fixé à 6.287,70 euros.

10. Médecins en difficulté/doctors4doctors

Dans le cadre de l'article 56, un montant de 200 millions d'euros est prévu pour l'année 2020.

La CNMM invite instamment l'INAMI, sur la base des discussions déjà menées, à conclure un accord avec les organisations concernées sur la base d'un plan d'action concret, en tenant compte des besoins identifiés sur le terrain.

11. Statut social

Le montant du statut social 2020 pour les médecins s'élève à:

- 5.037,70 euros pour les médecins qui ont adhéré à l'accord national médico-mutualiste en vigueur pour l'ensemble de leurs activités et qui atteignent le seuil d'activité figurant en annexe ou qui sont exemptés de l'obligation d'atteindre le seuil d'activité et à
- 2.376,40 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 2020, 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 6.029,69 euros et 5.024,88 euros par an.

12. Mesures de correction

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

12.2. 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.

13. 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.

14. Conditions d'application de l'accord

14.1. 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.

14.2. Médecins généralistes.

14.2.1. 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 14.2.3, les taux d'honoraires et les indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués à l'ensemble de sa pratique.

14.2.2. De gedeeltelijk geconventioneerde zorgverleners**14.2.2.1. 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 14.2.2.2 zijn bepaald.

Behalve tijdens de periodes en overeenkomstig de voorwaarden die strikt zijn bepaald in punt 14.2.2.2. of behalve wanneer de rechthebbende bijzondere eisen stelt die strikt zijn bepaald in punt 14.2.3, worden de honorariumbedragen en de reisvergoedingen, vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, op zijn hele praktijk toegepast.

14.2.2.2. 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:

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

14.2.2.2.2. 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 14.2.3.

14.2.3. 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:

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

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

14.2.3.3. 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;

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

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

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

14.3. Artsen-specialisten**14.3.1. 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 14.3.3, de honorariumbedragen en de reisvergoedingen, vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, op zijn hele praktijk worden toegepast.

14.3.2. De gedeeltelijk geconventioneerde zorgverleners**14.3.2.1. 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 14.3.2.2. zijn bepaald.

Behalve tijdens de periodes en overeenkomstig de voorwaarden die strikt zijn bepaald in punt 14.3.2.2. of behalve wanneer de rechthebbende bijzondere eisen stelt die strikt zijn bepaald in punt 14.3.3, worden de honorariumbedragen en de reisvergoedingen, vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, op zijn hele praktijk toegepast.

14.2.2. Les dispensateurs de soins partiellement conventionnés**14.2.2.1. 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 14.2.2.2.

Sauf durant les périodes et selon les conditions définies strictement au point 14.2.2.2, ou sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 14.2.3, les taux d'honoraires et les indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués à l'ensemble de sa pratique.

14.2.2.2. 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 :

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

14.2.2.2.2. et pour autant que le reste de sa pratique représente au moins les trois quarts du total de sa pratique et soit effectué aux taux d'honoraires fixés conformément aux termes du présent accord, sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 14.2.3.

14.2.3. Exigences particulières du bénéficiaire

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

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

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

14.2.3.3. 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 ;

14.2.3.4. 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.

14.3. Médecins spécialistes**14.3.1. 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 14.3.3., les taux d'honoraires et les indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués à l'ensemble de sa pratique.

14.3.2. Les dispensateurs de soins partiellement conventionnés**14.3.2.1. 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 14.3.2.2.

Sauf durant les périodes et selon les conditions définies strictement au point 14.3.2.2, ou sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 14.3.3, les taux d'honoraires et les indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués à l'ensemble de sa pratique.

14.3.2.2. 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 verstrekingen (raadplegingen, afspraken, technische verstrekingen,...), voor de ambulante patiënten (niet-gehospitaliseerde patiënten en patiënten buiten het dagziekenhuis of forfait):

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

14.3.2.2.2. en wanneer minstens de helft van al zijn verstrekingen 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 14.3.3, en op uren die normaal gezien schikken voor de rechthebbenden van de verzekering voor geneeskundige verzorging;

14.3.2.2.3. en wanneer de arts-specialist op elk van de mogelijke plaatsen van uitoefening van zijn praktijk, gedurende een bepaalde periode verstrekingen 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 14.3.3.

14.3.3. 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:

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

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

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

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

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

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

14.4. 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 jaarincome 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;

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

14.5. De betwistingen met betrekking tot punt 13 zullen onder de arbitrage vallen van een paritair comité dat wordt samengesteld door de NCAZ en wordt voorgezeten door een ambtenaar van het RIZIV.

14.6. 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 verstrekingen die gedekt zijn door de voormelde facultatieve derdebetalersregeling.

15. Geschillen en bemiddeling

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

14.3.2.2. 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) :

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

14.3.2.2.2. et pour autant que la moitié au moins 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 14.3.3, et à des heures qui conviennent normalement aux bénéficiaires de l'assurance soins de santé ;

14.3.2.2.3. 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 14.3.3.

14.3.3. Exigences particulières du bénéficiaire

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

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

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

14.3.3.3. 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.

14.4. 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 ;

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

14.5. Les contestations concernant le point 13 feront l'objet d'un arbitrage par un collège paritaire composé par la CNMM et présidé par un fonctionnaire de l'INAMI.

14.6. Les médecins qui appliquent le tiers payant facultatif comme prévu par 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.

15. La conciliation des 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.

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.

16. Duur van het akkoord

16.1. Dit akkoord wordt gesloten voor een periode van een jaar, namelijk van 1 januari 2020 tot en met 31 december 2020.

16.2. Opzegging

16.2.1. Overeenkomstig artikel 51, § 9 GVU-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.

16.2.2. 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 punt 8 van dit akkoord met instemming van de NCAZ.

16.2.3. 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.

16.2.4. Een representatieve organisatie die de opzegging wenst in te roepen, op basis van de situaties bedoeld in 16.2.1. tot 16.2.3., 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.

16.2.5. Een arts die de opzegging wenst in te roepen, op basis van de situatie bedoeld in 16.2.1. of 16.2.3., 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 16.2.1. of 16.2.3. bedoelde maatregelen.

16.2.6. De partners verbinden zich ertoe om de verbintenissen die na 2020 verderlopen te honoreren bij de onderhandelingen van een volgend akkoord.

17. Formaliteiten

17.1. 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.

17.2. De andere artsen dan die welke, overeenkomstig de bepalingen die zijn vermeld onder 17.1, kennis hebben gegeven van hun weigering tot toetreding tot de bedingen van het akkoord dat op 19 december 2019 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.

17.3. Alle latere wijzigingen van de voorwaarden inzake tijd en plaats waaronder de onder 17.2 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.

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.

16. Durée de l'accord

16.1. Le présent accord est conclu pour une période d'un an, à savoir du 1^{er} janvier 2020 au 31 décembre 2020 inclus.

16.2. Résiliation

16.2.1. 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.

16.2.2. 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 du point 8 de l'accord, avec l'accord de la CNMM.

16.2.3. 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.

16.2.4. Une organisation représentative qui souhaite invoquer la dénonciation sur la base des situations visées aux points 16.2.1. à 16.2.3. 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.

16.2.5. Un médecin qui souhaite invoquer la dénonciation sur la base de la situation visée aux points 16.2.1 ou 16.2.3, 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 16.2.1. ou 16.2.3.

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

17. Formalités

17.1. 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.

17.2. Les médecins, autres que ceux qui, conformément aux dispositions prévues au point 17.1, ont notifié leur refus d'adhésion aux termes de l'accord conclu le 19 décembre 2019 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.

17.3. Tous changements ultérieurs des conditions de temps et de lieu dans lesquelles, conformément aux clauses de l'accord, les médecins visés sous le point 17.2. 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.

17.4. De wilsuïtingen onder 17.1, 17.2 en 17.3 worden geacht te zijn uitgebracht op de datum van registratie in de webtoepassing.

Opgemaakt te Brussel, 19 december 2019.

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

De vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen.

17.4. Les expressions de volonté sous les points 17.1, 17.2 et 17.3 sont censées être faites à la date de l'enregistrement dans l'application en ligne.

Fait à Bruxelles, le 19 décembre 2019.

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

Les représentants des organismes assureurs

NATIONAAL AKKOORD ARTSEN - ZIEKENFONDSEN 2020

In 000 EUR	Toepassing	2020	Jaarbasis
Beschikbare middelen			
Indexmassa 2020 ⁽¹⁾	01-01-20	181.959	181.959
Budget 2019: verlenging GMD zonder contact ⁽²⁾	01-01-20	2.586	2.586
Besparing 2020	01-01-20	-6.526	-6.526
Advanced care planning ⁽³⁾	01-09-20	2.179	6.537
Totaal		180.198	184.556
Aanwending middelen			
a) Selectieve indexerings		138.706	138.706
Klinische biologie	01-01-20	22.687	22.687
Index: 1,25%			
Forfaitaire honoraria per voorschrift: 1,95%			
Medische beeldvorming	01-01-20	11.022	11.022
Artikel 17 en 17 bis: 1%			
Forfaitaire honoraria consultance: 1,25%			
Forfaitaire honoraria per voorschrift en per opname: 1%			
CT hersenen (458673-684) en CT wervel (458850-458861, 457855-457866, 457870-457881, 457892-457903, 458835-458846): geen index			
Artikel 17 ter en 17 quater: geen index			
Raadplegingen, bezoeken en adviezen	01-01-20	55.586	55.586
Index: 1,95%			
Technische verstrekkingen artikel 3: 1,25%			
Speciale verstrekkingen	01-01-20	19.292	19.292
Index: 1,25%			
Genetic counseling, MOC en overeenkomsten complexe chirurgie: 1,95%			
Heelkunde	01-01-20	17.183	17.183
Index: 1,25%			
Anesthesiologie: 1,25% index			
Reanimatie verstrekkingen 211223 en 211245: 1,95%			
Overeenkomsten borstreconstructie en complexe chirurgie: 1,95%			
Gynaecologie	01-01-20	1.179	1.179
Index: 1,25%			
Toezicht	01-01-20	9.709	9.709
Index: 1,95%			
Honoraria buiten nomenclatuur	01-01-20	2.048	2.048
Index: 1,95%			
Geïntegreerde premie huisartsengeneeskunde: geen index			
Kwaliteitscontrole: 1,25%			
b) Herwaarderingen ⁽⁴⁾		33.994	49.157
GMD: automatische verlenging 1 jaar zonder contact	2020	22.426	22.426
Raadpleging pediater 102071/102572 (cfr. raadpleging geriater)	01-01-20	3.825	3.825

In 000 EUR	Toepassing	2020	Jaarbasis
Fysische geneeskunde en revalidatie	01-09-20	1.667	5.000
Telegeneeskunde: dermatologie	01-07-20	92	184
Telegeneeskunde: MOC huisarts	01-07-20	230	460
Uitvoeren euthanasie door behandelende arts + registratieformulier	01-09-20	75	225
Pediatische oftalmologie	01-09-20	233	700
Herwaardering toezichtshonoraria daghospitaal hematologie en oncologie (fase 1)	01-09-20	1.267	3.800
Advanced care planning & palliatieve patiënt	01-09-20	2.179	6.537
Pre anesthesie raadpleging	01-09-20	2.000	6.000
c) Technische verstrekkingen		1.953	5.370
TGR: Elastografie van de lever	01-07-20	118	235
TGR: Chiminrathec	01-07-20	45	90
TGR: IB-bedden	01-07-20	85	170
TGR: MIC	01-09-20	680	2.040
TGR: Orbitachirurgie	01-07-20	85	170
TGR: Slikfunctie	01-07-20	103	205
TGR: TAVI	01-09-20	787	2.360
Bothistomorfometrie	01-07-20	50	100
c) Besparingen en doelmatige zorg		-6.679	-22.406
Interpretatieregels ECG	01-09-20	-204	-613
Artikel 34: cumuls beperken	01-01-21		-5.000
Biosimilars	01-01-20	-856	-856
Accreditering (forfaitaire hon. klin. bio per voorschrift)	01-07-20	-5.619	-11.237
Plan doelmatige zorg 2021	2021		-4.700
d) Andere projecten		12.055	13.555
Wachtposten projecten weekwachten	01-07-20	1.500	3.000
ASO/HAIO's (8.444 X 1.250 euro)	2020	10.555	10.555
Totaal		180.029	184.382
Saldo		169	174

(1) Indexmassa: de technische correctie van 1,294 miljoen euro omvat het bedrag van 1,269 miljoen euro in prijzen 2019 voor het sociaal statuut + 25 duizend euro indexmassa 2020. De globaal beschikbare indexmassa 2020 bedraagt daarom 25 duizend euro minder, namelijk 181.959 duizend euro (= 181.984 - 25).

(2) GMD: het beschikbaar bedrag van 2,586 miljoen euro werd in 2019 gebruikt voor een tijdelijke verhoging van het gmd vanaf april 2019 (+2,57%). Deze tijdelijke verhoging zal worden geannuleerd op 1 januari 2020. Het honorarium van het GMD zal becijferd worden op basis van het honorarium 1/01/2019 + index 2020.

(3) Advanced care planning: het budget van 6,5 miljoen euro was oorspronkelijk voorzien bij de rubriek palliatieve zorgen (patiënt). Dit bedrag werd getransfereerd naar de partiële doelstelling artsen.

(4) Orthopedie specifieke breuken (3D printing) => implantaten

ACCORD NATIONAL MÉDICO - MUTUALISTE 2020

En 000 EUR	Application	2020	Base annuelle
Moyens disponibles			
Masse d'indexation 2020 ⁽¹⁾	01-01-20	181.959	181.959
Budget 2019 : prolongation DMG sans contact ⁽²⁾	01-01-20	2.586	2.586
Économie 2020	01-01-20	-6.526	-6.526
Advanced care planning ⁽³⁾	01-09-20	2.179	6.537

En 000 EUR	Application	2020	Base annuelle
Total		180.198	184.556
Utilisation des moyens			
a) Indexation sélective		138.706	138.706
Biologie clinique	01-01-20	22.687	22.687
Index : 1,25%			
Honoraires forfaitaires par prescription : 1,95%			
Imagerie médicale	01-01-20	11.022	11.022
Articles 17 et 17 bis : 1%			
Honoraires forfaitaires consultation : 1,25%			
Honoraires forfaitaires par prescription et par admission : 1%			
CT cerveau (458673-684) et CT colonne vertébrale (458850-458861, 457855-457866, 457870-457881, 457892-457903, 458835-458846) : pas d'index			
Articles 17ter et 17quater : pas d'index			
Consultations, visites et avis	01-01-20	55.586	55.586
Index : 1,95%			
Prestations techniques article 3 : 1,25%			
Prestations spéciales	01-01-20	19.292	19.292
Index : 1,25%			
Conseil génétique, COM et conventions chirurgie complexe : 1,95%			
Chirurgie	01-01-20	17.183	17.183
Index : 1,25%			
Anesthésiologie : 1,25% index			
Réanimation prestations 211223 et 211245 : 1,95%			
Conventions reconstruction mammaire et chirurgie complexe : 1,95%			
Gynécologie	01-01-20	1.179	1.179
Index : 1,25%			
Surveillance	01-01-20	9.709	9.709
Index : 1,95%			
Honoraires hors nomenclature	01-01-20	2.048	2.048
Index : 1,95%			
Prime intégrée médecine générale : pas d'index			
Contrôle de la qualité : 1,25%			
b) Revalorisations ⁽⁴⁾		33.994	49.157
DMG : prolongation automatique 1 an sans contact	2020	22.426	22.426
Consultation pédiatre 102071/102572 (cf. consultation gériatre)	01-01-20	3.825	3.825
Médecine physique et réadaptation	01-09-20	1.667	5.000
Télémedecine : dermatologie	01-07-20	92	184
Télémedecine : COM médecin généraliste	01-07-20	230	460
Euthanasie pratiquée par le médecin traitant + formulaire d'enregistrement	01-09-20	75	225
Ophtalmologie pédiatrique	01-09-20	233	700
Revalorisation honoraires de surveillance hôpital de jour hématologie et oncologie (phase 1)	01-09-20	1.267	3.800
Advanced care planning & patient palliatif	01-09-20	2.179	6.537
Consultation préanesthésie	01-09-20	2.000	6.000
c) Prestations techniques		1.953	5.370
CTM : Élastographie hépatique	01-07-20	118	235
CTM : Chiminrathec	01-07-20	45	90

En 000 EUR	Application	2020	Base annuelle
CTM : lits IB	01-07-20	85	170
CTM : MIC	01-09-20	680	2.040
CTM : Chirurgie orbitaire	01-07-20	85	170
CTM : Déglutition	01-07-20	103	205
CTM : TAVI	01-09-20	787	2.360
Histomorphométrie osseuse	01-07-20	50	100
c) Économies et soins efficaces		-6.679	-22.406
Règles interprétatives ECG	01-09-20	-204	-613
Article 34 : limiter les cumuls	01-01-21		-5.000
Biosimilaires	01-01-20	-856	-856
Accréditation (hon. forfaitaires, bio. clin. par prescription)	01-07-20	-5.619	-11.237
Plan soins efficaces 2021	2021		-4.700
d) Autres projets		12.055	13.555
Postes de garde projets gardes en semaine	01-07-20	1.500	3.000
MSF/MGF (8.444 x 1.250 EUR)	2020	10.555	10.555
Total		180.029	184.382
Solde		169	174

(1) Masse d'indexation : la correction technique de 1,294 million d'EUR englobe le montant de 1,269 millions d'EUR en prix 2019 pour le statut social + 25 milliers d'EUR de masse d'indexation 2020. La masse d'indexation globale disponible 2020 est dès lors de 25 milliers d'EUR inférieure, à savoir 181.959 milliers d'EUR (= 181.984 - 25).

(2) DMG : le montant disponible de 2,586 millions d'EUR a été utilisé en 2019 pour une augmentation temporaire du DMG à partir d'avril 2019 (+2,57%). Cette augmentation temporaire sera annulée le 1^{er} janvier 2020. Les honoraires pour le DMG seront chiffrés sur la base des honoraires au 1.1.2019 + index 2020.

(3) Advanced care planning : le budget de 6,5 millions d'EUR était initialement prévu dans la rubrique des soins palliatifs (patient). Ce montant a été transféré vers l'objectif partiel médecins.

(4) Orthopédie fractures spécifiques (impression 3D) => implants.

GEGEVENSBESCHERMINGSAUTORITEIT

[C - 2020/20133]

Vacante betrekking

In de loop van de maand februari 2020 zal de Gegevensbeschermingsautoriteit (hierna de GBA) overgaan tot de volgende aanwerving binnen haar administratie :

- 6 Franstalige of Nederlandstalige contractuele medewerkers – adviseur (code 2020 A1/2/F-N) voor een bepaalde duur t.e.m. 31/12/2020 bij de GBA.

De Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA), is een onafhankelijk orgaan dat erop toeziet dat de grondbeginselen van de bescherming van de persoonsgegevens correct worden nageleefd. Voor meer informatie, zie : <https://www.gegevensbeschermingsautoriteit.be/meer-informatie-over-de-autoriteit>.

De GBA beschikt over een personeelskader van 63 medewerkers..

Aan de aanwervingsvoorwaarden moet uiterlijk op 1 februari 2020 zijn voldaan.

I. ALGEMENE VEREISTEN

Iedere kandidaat moet aan de volgende algemene vereisten voldoen om aangeworven te worden:

- onderdaan zijn van een land van de Europese Unie;
- van onberispelijk gedrag zijn;
- zijn burgerlijke en politieke rechten genieten;
- aan de algemene en functiespecifieke competenties voldoen;

- aan de bijzondere vereisten voldoen inzake diploma en/of getuigschrift.

AUTORITE DE PROTECTION DES DONNEES

[C - 2020/20133]

Emploi vacant

L'Autorité de protection des données (ci-après APD) procèdera dans le courant du mois de février 2020 au recrutement suivant au sein de son administration :

- 6 agents contractuels francophones ou néerlandophones – Conseiller (code 2020 A1/2F-N) pour une période déterminée jusqu'au 31/12/2020 auprès de l'APD.

L'Autorité de protection des données (ci-après APD) est un organe indépendant chargé de veiller au respect des principes fondamentaux de la protection des données à caractère personnel. Pour de plus amples informations, voir : <https://www.autoriteprotectiondonnees.be/a-propos-de-la-cpvp>.

L'APD dispose d'un cadre organique de 63 collaborateurs.

Les conditions d'engagement doivent être remplies au plus tard le 1^{er} février 2020.

I. CONDITIONS GENERALES

Tout candidat doit remplir les conditions générales suivantes pour être engagé :

- être ressortissant d'un pays de l'Union européenne;
- être de conduite irréprochable;
- jouir de ses droits civils et politiques;
- posséder les compétences générales et spécifiques exigées par la fonction;
- remplir les conditions spécifiques en matière de diplôme et/ou de certificat.