

**RIJKSINSTITUUT
VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING**

[C – 2018/10621]

Nationaal akkoord artsen – ziekenfondsen 2018-2019

MINISTERRAAD
02/02/2018
NOTIFICATIE PUNT 11

BETREFT: MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID

Goedkeuring van de overeenkomsten met zorgverstrekkers, in uitvoering van het artikel 51, § 1, 3de lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 :

- akkoord met de artsen,
- nationale overeenkomst met logopedisten,
- nationale overeenkomst met de audiciens,
- nationale overeenkomst met de kinesitherapeuten.

2018A71720.001

NOTIFICATIE 1. Het voorstel, vervat in punt 9 van de nota van 30 januari 2018, wordt goedgekeurd.
2. Bijgevolg hecht de Raad zijn goedkeuring aan het akkoord en de overeenkomsten.

De Secretaris van de Raad,
G. DUFFY

Nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen 2018-2019

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 2017 het navolgende akkoord gesloten voor de jaren 2018-2019.

1. CONTEXT

1.1. Aansluitend op de regeringsmaatregelen die tot gevolg hadden dat geen volledige indexering van de honoraria in 2017 werd toegepast, werden na overleg tussen de Regering en de NCAZ een aantal wettelijke aanpassingen geconcretiseerd in de wet van 11 augustus 2017.

Deze aanpassingen beoogden in de eerste plaats het wettelijk kader bij het afsluiten van meerjarige akkoorden te preciseren. Voortaan zal bij het akkoord een financieel meerjarenkader worden gevoegd. Het betrokken akkoord en het financieel kader ervan zal ook aan de Regering worden voorgelegd ter goedkeuring.

Verder werd de stemprocedure in het Verzekeringscomité aangepast. Voorstellen die betrekking hebben op de begrotingsdiscussie vereisen voortaan een meerderheid zowel op de bank van de zorgverleners als op de bank van de ziekenfondsen.

De NCAZ heeft ook kennis genomen van de brief van 13 oktober 2017 waarbij de draagwijdte van de bepalingen van voornoemde wet werd gepreciseerd door het RIZIV, met instemming van de Beleidsceel van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid.

Ook werd een wetsontwerp ingediend dat voorziet in de toekenning van sociale voordelen voor geconventioneerde artsen die een beroepsactiviteit verder zetten na de pensioengerechtigde leeftijd bereikt te hebben.

Tenslotte heeft de NCAZ via de Algemene Raad kennis genomen van het voorontwerp van wet inzake de laagvariabele zorg .

De NCAZ dringt erop aan om bij de uitvoering ervan rekening te houden met de voorstellen die aan de Minister werden overgemaakt met betrekking tot de uitsluiting uit het toepassingsgebied van de honoraria voor in consult bijgeroepen artsen bij hospitalisatie, met betrekking tot de tijdelijke verhoging van de berekeningsbasis van de ereloonsupplementen met 15% en met betrekking tot het invoeren van twee patiëntengroepen bij een vaginale bevalling naargelang er al dan niet een epidurale versterking wordt verleend.

Bovendien herinnert de NCAZ aan het afsprakenkader van 25 januari 2017 (Doc. NCAZ 2017/03) waarin de wens werd uitgedrukt om rekening te houden met de bekommernis om een strategische en operationele betrokkenheid van artsen in de governance van de toekomstige ziekenhuisnetwerken te waarborgen.

Rekening houdend met deze elementen maar ook vanuit de wens om de tariefzekerheid van de patiënten te blijven vrijwaren, wordt voorliggend akkoord afgesloten.

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

[C – 2018/10621]

Accord national médico-mutualiste 2018-2019

CONSEIL DES MINISTRES
02/02/2018
NOTIFICATION POINT 11

CONCERNE : MINISTRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Approbation des conventions entre les prestataires de soins, et les organismes assureurs en exécution de l'article 51, § 1^{er}, alinéa 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 :

- accord avec les médecins,
- convention nationale avec les logopèdes,
- convention nationale avec les audiologues,
- convention nationale avec les kinésithérapeutes.

2018A71720.001

NOTIFICATION 1. La proposition, contenue au point 9 de la note du 30 janvier 2018, est approuvée.
2. Par conséquent, le Conseil marque son accord sur l'accord et les conventions.

Le Secrétaire du Conseil,
G. DUFFY

Accord national médico-mutualiste 2018-2019

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 2017 l'accord suivant pour les années 2018-2019.

1. LE CONTEXTE

1.1. Faisant suite aux mesures gouvernementales selon lesquelles l'indexation complète des honoraires n'a pu être appliquée en 2017, plusieurs adaptations légales ont été concrétisées dans la loi du 11 août 2017, après concertation entre le Gouvernement et la CNMM.

Ces adaptations visaient en premier lieu à préciser le cadre légal pour la conclusion d'accords pluriannuels. Désormais, un cadre financier pluriannuel fera partie de l'accord. L'accord visé, et le cadre financier qui y est lié, seront également soumis à l'approbation du gouvernement.

La procédure de vote au Comité de l'assurance a par ailleurs été adaptée. Les propositions qui portent sur la discussion budgétaire réclament désormais une majorité, tant sur le banc des dispensateurs de soins que sur celui des mutualités.

La CNMM a également pris connaissance de la lettre du 13 octobre 2017 par laquelle l'INAMI précise la portée des dispositions de la loi précitée, avec l'accord de la Cellule stratégique de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique.

En outre, un projet de loi prévoyant l'octroi d'avantages sociaux pour les médecins conventionnés qui exercent une activité professionnelle au-delà de l'âge légal de départ à la retraite a été déposé.

Enfin, la CNMM a, via le Conseil général, pris connaissance de l'avant-projet de loi relatif aux soins à basse variabilité.

La CNMM insiste pour que, lors de l'exécution de l'accord, il soit tenu compte des propositions qui avaient été transmises à la ministre concernant l'exclusion du champ d'application des honoraires des médecins appelés en consultation à l'occasion d'une hospitalisation, en ce qui concerne l'augmentation provisoire de la base de calcul des suppléments d'honoraires de 15% et en ce qui concerne l'introduction de deux groupes de patientes dans le cadre d'un accouchement par voie vaginale selon qu'une prestation épidurale soit dispensée ou non.

En outre la CNMM rappelle le cadre d'accords du 25 janvier 2017 (Doc. CNMM 2017/03) dans lequel le souhait était émis de tenir compte de la préoccupation de garantir une implication opérationnelle et stratégique des médecins dans la gouvernance de futur réseaux hospitaliers.

Au vu de tous ces éléments, mais aussi dans le souhait de garantir la sécurité tarifaire des patients, le présent accord est conclu.

1.2. Dit akkoord, dat voor een periode van twee jaar wordt afgesloten, kadert mede in de beslissing van het Verzekeringscomité van 4 december 2017 om een toekomstvisie voor de sector geneeskundige verzorging te ontwikkelen en is gebaseerd op zeven duidelijke uitgangspunten, met name:

- verbetering van de organisatie en de kwaliteit van de zorgverlening op een aantal domeinen zowel van de huisartsenzorg als van de specialistische geneeskunde (globaal medisch dossier, huisartsenwachtposten en uitrol 1733 systeem, zorg met betrekking tot de rugproblematiek, complexe kankerzorg en geestelijke gezondheidszorg);
- uitrol van het actieplan e-Gezondheid, rekening houdend met de inbreng van de zorgverleners en de realiteiten op het terrein;
- optimalisering van de tariefzekerheid van de patiënten, via maatregelen ter beheersing van honorariumsupplementen;
- ontwikkeling van de doelmatige zorg bij voorschrijvers en bij verstrekkers;
- actualisering en herberekening van het systeem van accreditering;
- aanpassing van de Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen (NGV) op basis van een terreinanalyse die de relatieve waardeschalen voor de intensiteit van de medische activiteit en van de operationele kosten in kaart brengt en die voorstellen formuleert om ongerechtvaardigde interdisciplinaire ongelijkheden van de artsenhonoraria weg te werken;
- uitwerking van initiatieven die transversale samenwerking tussen artsen en andere zorgverleners met betrekking tot chronische of complexe zorg bevordert.

2. PARTIELE BEGROTINGSDOELSTELLING 2018-2019

2.1. De NCAZ noteert dat de Algemene Raad op 9 oktober 2017 het bedrag van de globale begrotingsdoelstelling 2018 heeft vastgesteld en de uitsplitsing ervan in partiële begrotingsdoelstellingen heeft goedgekeurd.

De partiële begrotingsdoelstelling voor de honoraria van de artsen wordt voor 2018 vastgesteld op 8.440.574 duizend euro. Voor de honoraria inzake nierdialyse wordt een bedrag van 159.356 duizend euro vastgesteld.

Voorname bedragen liggen respectievelijk 4,1 % en 3,6 % hoger dan de jongste technische ramingen van het RIZIV voor het jaar 2017.

De enveloppes voor klinische biologie en medische beeldvorming worden, rekening houdend met de genomen correcties (zie punt 3) respectievelijk vastgesteld op 1.359.755 duizend euro en op 1.288.920 duizend euro, dat is respectievelijk 4,1 % en 3,2 % hoger dan de jongste technische ramingen van het RIZIV voor het jaar 2017.

2.2. Behoudens andersluidend voorstel van het Verzekeringscomité wordt in 2019 het aandeel van de artsenhonoraria in de globale begrotingsdoelstelling, berekend in prijzen 2018, minstens behouden op het aandeel dat in 2018 werd toegewezen. Bij de berekening ervan wordt geen rekening gehouden met bijkomende bedragen die door de regering in 2019 desgevallend buiten de wettelijke groeinorm aan de begrotingsdoelstelling worden toegekend. Het aldus bekomen bedrag wordt verhoogd met de indexmassa die voortvloeit uit de reglementaire bepalingen van toepassing op de datum van de inwerkingtreding van het akkoord.

3. FINANCIËLE MAATREGELEN

Teneinde het verschil tussen de technische ramingen en de toegekende partiële begrotingsdoelstelling weg te werken is een structurele inspanning van 35.862 duizend euro of 0,42 % vereist.

3.1. Deze inspanning zal in 2018 als volgt worden verdeeld, o.m. rekening houdend met de analyses in de auditverslagen:

- een lineaire indexering ten belope van 1,5% wordt vanaf 1 januari 2018 toegekend voor de honoraria, behoudens de hierna vermelde uitzonderingen en de indexclausules voorzien in specifieke koninklijke besluiten (o.m. klinische biologie: forfaitaire honoraria per voorschrift, forfaitair honorarium van een zorgtraject-contract, overeenkomst genetica counseling, beschikbaarheid van huisartsen, van artsen-specialisten en van pediaters in E-diensten, medisch advies bij palliatieve patiënten);
- de raadplegingen voor huisartsen, met uitsluiting van de bijkomende honoraria voor dringendheid, en de raadplegingen voor specialisten worden vanaf 1 januari 2018 geïndexeerd met 1,68%. De huisbezoeken worden met 1,5% geïndexeerd;
- het GMD en de geïntegreerde premie voor huisartsgeneeskunde worden niet geïndexeerd;
- de honoraria voor genetische onderzoeken (art. 33 NGV) en dringende technische verstrekkingen worden niet geïndexeerd;
- de specifieke honoraria voor niet geaccrediteerde artsen worden niet geïndexeerd;
- de honoraria voor medische beeldvorming en klinische biologie worden met ingang van 1 januari 2018 met 1,25% geïndexeerd. Bovendien worden in deze sectoren maatregelen genomen respectievelijk met betrekking tot volumebepalingen CT wervelzuil en met

1.2. Cet accord, qui vaut pour une période de deux ans, s'inscrit dans le cadre de la décision du Comité de l'assurance du 4 décembre 2017 visant à développer une vision d'avenir pour le secteur des soins de santé et repose sur sept principes de base clairs :

- améliorer l'organisation et la qualité des soins dans plusieurs domaines au niveau tant de la médecine générale que de la médecine spécialisée (dossier médical global, postes de garde de médecine générale et déploiement du système 1733, soins relatifs à la problématique du dos, soins complexes aux cancéreux, soins de santé mentale) ;
- veiller au déploiement du plan d'action e-Santé, compte tenu de l'apport des dispensateurs de soins et des réalités du terrain ;
- optimiser la sécurité tarifaire des patients, via des mesures permettant la maîtrise des suppléments d'honoraires ;
- développer les soins efficaces chez les prescripteurs et les dispensateurs de soins ;
- actualiser et recalculer le système de l'accréditation ;
- adapter la Nomenclature des prestations de santé sur la base (NPS) d'une analyse de terrain dressant un inventaire des échelles de valeurs relatives pour l'intensité de l'activité médicale et des coûts opérationnels, et qui formule des propositions dans le but d'éliminer les inégalités interdisciplinaires injustifiées des honoraires de médecins ;
- développer des initiatives favorisant une collaboration transversale entre les médecins et d'autres dispensateurs de soins en ce qui concerne les soins chroniques ou complexes.

2. OBJECTIF BUDGÉTAIRE PARTIEL 2018-2019

2.1. La CNMM constate que le 9 octobre 2017, le Conseil général a fixé le montant de l'objectif budgétaire global 2018 et a approuvé sa ventilation en objectifs budgétaires partiels.

L'objectif budgétaire partiel pour les honoraires des médecins est fixé pour 2018 à 8.440.574 milliers d'euros. Un montant de 159.356 milliers d'euros est fixé pour les honoraires pour la dialyse rénale.

Les montants précités sont respectivement supérieurs de 4,1 % et 3,6 % aux estimations techniques les plus récentes de l'INAMI pour l'année 2017.

Les enveloppes de biologie clinique et d'imagerie médicale sont fixées respectivement à 1.359.755 milliers d'euros et à 1.288.920 milliers d'euros compte tenu des corrections prises (cf. point 3), soit respectivement 4,1 % et 3,2% de plus par rapport aux dernières estimations techniques de l'INAMI pour l'année 2017.

2.2. Sauf proposition contraire du Comité de l'assurance, la part des honoraires des médecins dans l'objectif budgétaire global 2019 (calculée en prix de 2018) est au moins maintenue au niveau de la part qui a été allouée en 2018. Pour ce calcul il ne sera pas tenu compte de montants supplémentaires alloués par le gouvernement en 2019 à l'objectif budgétaire, le cas échéant en dehors de la norme de croissance légale. Le montant ainsi obtenu est majoré de la masse d'indexation qui résulte des dispositions réglementaires applicables à la date de l'entrée en vigueur de l'accord.

3. MESURES FINANCIÈRES

Afin de gommer la différence entre les estimations techniques et l'objectif budgétaire partiel accordé, un effort structurel de 35.862 mille euros, soit 0,42 %, s'impose.

3.1. Cet effort sera réparti comme suit en 2018, compte tenu notamment des analyses faites dans les rapports d'audit :

- une indexation linéaire de 1,5 % est accordée à partir du 1^{er} janvier 2018 pour les honoraires, sauf en ce qui concerne les exceptions mentionnées ci-après et les clauses d'indexation prévues dans des arrêtés royaux spécifiques (e.a. pour la biologie clinique : honoraires forfaitaires par prescription, honoraires forfaitaires pour un contrat de trajet de soins, convention "genetic counseling", disponibilité des médecins généralistes, des médecins spécialistes et des pédiatres en Services E, avis médical aux patients palliatifs);
- les consultations des médecins généralistes, à l'exclusion des honoraires supplémentaires pour cas d'urgence, et les consultations de spécialistes sont indexées de 1,68 % à partir du 1^{er} janvier 2018. Les visites à domicile sont indexées de 1,5% ;
- le DMG et la prime intégrée pour la médecine générale ne sont pas indexés;
- les honoraires pour examens génétiques (art. 33 NPS) et les prestations techniques urgentes ne sont pas indexés;
- les honoraires spécifiques pour les médecins non accrédités ne sont pas indexés ;
- les honoraires d'imagerie médicale et de biologie clinique sont indexés de 1,25 % à partir du 1^{er} janvier 2018. En outre, des mesures sont prises dans ces secteurs en ce qui concerne respectivement les limitations du volume de CT de la colonne vertébrale et la limitation du

betrekking tot de beperking van de vitamine B 12 en foliumzuurbepalingen (zie verder punt 4.4.2.). In deze sectoren zullen ook structurele maatregelen worden uitgewerkt om het voorschrijfgedrag bij te sturen in functie van "evidence based practice" (EBP) (zie verder punt 4.4.3.);

De maatregel inzake klinische biologie zal worden uitgevoerd via een aanpassing van de nomenclatuur die van toepassing wordt op 1 juni 2018.

De maatregel inzake medische beeldvorming gaat uit van het behoud in 2018 van het volume CT wervelzuil verricht in 2015. Indien zou worden vastgesteld dat deze doelstelling niet wordt behaald zal dit aanleiding geven tot een tariefaanpassing op 1 oktober 2018 met een structurele impact van 2,6 mio euro. Hierbij zal de medische beeldvorming bij lumbale wervelzuil voor de verschillende vormen (RX, CT en NMR) in zijn geheel worden bekeken.

- Verder wordt de vergoeding van een multidisciplinair consult bij wervelkolomchirurgie ingevoerd (zie verder punt 4.1.3.1.2.) en wordt een honorarium voor trombectomie voorzien vanaf 1 oktober 2018.

- Ook wordt het honorarium voor de raadpleging voor de geaccrediteerde specialist inwendige geneeskunde opgetrokken tot 45 euro vanaf 1 april 2018.

- Tenslotte wordt ook ten belope van 6.126 duizend euro rekening gehouden met zogenaamde gereserveerde bedragen. Het betreft maatregelen waartoe een beslissing werd genomen maar waarbij bij de uitvoering vertraging is opgetreden zodat deze initiatieven niet op 1 januari 2018 in werking kunnen treden. Tevens wordt vanaf 1 januari 2019 een bedrag van tenminste 2 mio euro voorzien als tussenkomst in de financiering van OCT.

3.2. De NCAZ heeft erover gewaakt dat een evenredige inspanning van de huisartsen en van de artsen-specialisten wordt gevraagd.

3.3. De NCAZ zal voor 2019 tenbelope van 9,9 mio euro maatregelen voorstellen ter compensatie van voormelde gereserveerde bedragen en de overlooeffecten van maatregelen op jaarbasis.

4. ANDERE MAATREGELEN

4.1. Verbetering van de organisatie in de kwaliteit van de zorgverlening.

4.1.1. Globaal medisch dossier (GMD).

Door de Dienst Geneeskundige Evaluatie en Controle (DGEC) van het RIZIV werd een terreinstudie uitgevoerd met betrekking tot het Globaal Medisch Dossier (code 102771), om een representatief beeld te schetsen van het gebruik en de kwaliteit van het GMD. Tevens werden ook concrete aanbevelingen geformuleerd.

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. Zo blijkt uit de analyse van de DGEC die op 30 juni 2017 aan de NCAZ werd meegedeeld dat het objectief van centralisatie van de relevante informatie van de patiënt maar gedeeltelijk is bereikt. In te veel gevallen werden blinde vlekken vastgesteld. Ook de link met de Sumehr is niet voldoende ontwikkeld. Tenslotte kan een meer algemeen gebruik van het GMD door verzekeren nog verder worden aangemoedigd.

4.1.1.1. Deze vaststellingen impliceren dat aanpassingen op het vlak van het GMD - dat vanaf 2021 veralgemeend elektronisch zal zijn - noodzakelijk zijn.

Als instrument voor de verdere ontwikkeling van het GMD zal de geïntegreerde praktijkpremie worden gehanteerd. Deze zal voortaan bestaan uit drie luiken: praktijktoelage, toelage voor het goed gebruik van het GMD en toelage voor het gebruik van de e-Health diensten.

De huisartsen in opleiding (HAIO's) die gebruik maken van een gehomologeerd softwarepakket behouden het recht op een telematica premie van 800 EUR.

De praktijktoelage wordt vastgesteld op 1.000 euro onder de thans geldende voorwaarden.

Dit bedrag kan als volgt worden verhoogd tot maximum 6.000 euro:

Een bedrag van 2.500 euro zal worden toegekend op basis voor het goed gebruik van het GMD, bijvoorbeeld op basis van volgende indicatoren:

- het opladen van Sumehrs voor een substantieel percentage van de patiënten waarvoor een GMD werd geopend;
- het gebruik van het medicatieschema;
- het gebruik van EBM-Practicenet;
- het meedelen aan het WIV (Sciensano) van een aantal parameters met betrekking tot het proactief gebruik van het GMD voor patiënten met chronische aandoeningen;
- de registratie van de wettelijk voorziene wilsverklaringen (orgaan-donatie, wilsverklaringen omtrent het levenseinde).

taux de vitamine B 12 et d'acide folique (cf. point 4.4.2.). Dans ces secteurs, des mesures structurelles seront également développées pour corriger le comportement prescripteur en fonction de l'"evidence based practice" (EBP) (cf. point 4.4.3.).

La mesure concernant la biologie clinique sera exécutée via une adaptation de la nomenclature qui entrera en vigueur le 1^{er} juin 2018.

La mesure en matière d'imagerie médicale se fonde sur le maintien en 2018 du volume de CT de la colonne vertébrale réalisés en 2015. Si on constate que cet objectif n'est pas atteint, cela entraînera une adaptation des tarifs au 1^{er} octobre 2018, avec un impact structurel de 2,6 mios d'euros. À ce propos, l'imagerie médicale pour la colonne lombaire sous ses différentes formes (RX, CT et RMN) sera considérée dans son ensemble.

- Par ailleurs, la rétribution d'une consultation multidisciplinaire dans le cadre d'une chirurgie de la colonne vertébrale sera instaurée (cf. point 4.1.3.1.2.) et des honoraires pour thrombectomie seront prévus à partir du 1^{er} octobre 2018.

- De même, les honoraires pour la consultation par un spécialiste accrédité en médecine interne sont majorés à 45 euros à partir du 1^{er} avril 2018.

- Enfin, il sera également tenu compte, à concurrence de 6.126 milliers d'euros, desdits montants réservés. Il s'agit de mesures ayant fait l'objet d'une décision mais dont l'exécution a pris du retard si bien que ces initiatives ne pourront pas entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2018. Un montant d'au moins 2 millions d'euros sera prévu à partir du 1^{er} janvier 2019 à titre d'intervention dans le financement de l'OCT.

3.2. La CNMM a veillé à ce qu'un effort proportionnel soit demandé de la part des médecins généralistes et des médecins spécialistes.

3.3. Pour 2019, la CNMM proposera des mesures à concurrence de 9,9 mios d'euros en compensation des montants réservés précités et des effets de débordement des mesures sur base annuelle.

4. AUTRES MESURES

4.1. Amélioration de l'organisation de la qualité des soins dispensés.

4.1.1. Dossier médical global (DMG)

Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) de l'INAMI a effectué une étude de terrain concernant le dossier médical global (code 102771) afin d'esquisser une image représentative de l'utilisation et de la qualité du DMG. Des recommandations concrètes ont également été formulées.

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. Il ressort ainsi de l'analyse faite par le SECM et communiquée à la CNMM le 30 juin 2017 que l'objectif de centralisation des informations pertinentes du patient n'est que partiellement réalisé. Dans de trop nombreux cas, nous avons constaté des zones d'ombre. Le lien avec le Sumehr n'a pas non plus été suffisamment développé. Enfin, une généralisation de l'utilisation du DMG par les assurés peut encore être davantage encouragée.

4.1.1.1. Ces constatations impliquent que des adaptations sont nécessaires au niveau du DMG qui sera complètement électronique à partir de 2021.

La prime de pratique intégrée sera utilisée comme instrument de développement ultérieur du DMG. Elle sera dorénavant constituée de trois volets : l'allocation de pratique, l'allocation pour la bonne utilisation du DMG et l'allocation pour l'utilisation des services e-Santé.

Les médecins généralistes en formation (MGF) qui font usage d'un prologiciel homologué conservent le droit à une prime télématique de 800 EUR.

L'allocation de pratique est fixée à 1.000 euros, aux conditions actuellement d'application.

Ce montant peut être majoré à maximum 6.000 euros comme suit :

Un montant de 2.500 euros sera octroyé pour la bonne utilisation du DMG, par exemple sur la base des indicateurs suivants :

- le chargement des Sumehrs pour un pourcentage substantiel des patients qui ont bénéficié de l'ouverture d'un DMG ;
- l'utilisation du schéma de médication ;
- l'utilisation d'EBM-Practicenet ;
- la communication à l'ISP (Sciensano) de certains paramètres relatifs à l'utilisation proactive du DMG pour des patients atteints d'affections chroniques ;
- l'enregistrement des déclarations de volonté légalement prévues (don d'organes, déclarations de volonté en matière de fin de vie).

De meetbare parameters zullen voor 2018 worden vastgesteld vóór 1 april 2018 en voor 2019 vóór 31 december 2018. De evaluatieperiode voor het jaar 2018 zal betrekking hebben op de periode van 1 juli tot 31 december 2018.

Een ander bedrag van 2.500 euro wordt toegekend in het kader van het gebruik van e-Gezondheidsdiensten (zie punt 4.2.1.1.).

4.1.1.2. Verder zullen alle bevoegde zorgverleners via MyCaret kunnen nagaan wie de GMD houdende huisarts is van een patiënt en zal bij misbruik aan de Orde van Artsen worden gevraagd toe te zien op het respect van de deontologische regels bij het wijzigen van de houder van het GMD.

4.1.1.3. De nodige initiatieven zullen worden genomen om het GMD in de loop van het akkoord op praktijkniveau te kunnen afsluiten en vergoeden.

4.1.1.4. De verzekeringstellingen zullen hun leden voor wie geen GMD werd afgesloten informeren over de voordelen ervan. Bovendien zal de mogelijkheid worden onderzocht om het systeem van derde betalende te kunnen toepassen voor de verstrekking van de GMD houder.

4.1.1.5. Tenslotte zal door de NCAZ worden onderzocht onder welke voorwaarden de verlenging van het GMD in de toekomst kan losgekoppeld worden van een verplicht jaarlijks contact met de huisarts. Hiertoe zal voor 30 juni 2018 een concreet voorstel worden geformuleerd dat toelaat om vanaf 1 januari 2019 stapsgewijze voor bepaalde patiëntengroepen een vergoeding te voorzien voor het beheer van het GMD in geval van afwezigheid van een patiëntcontact in het voorafgaande jaar. Voornoemd voorstel zal ook de financiële impact in kaart brengen.

4.1.2. Niet planbare zorg en financiering van de huisartsenwachtposten en wachtgerelateerde honoraria.

In het voorjaar van 2018 zal na overleg met de NCAZ en de Hoge Raad Geneesheer-specialisten en Huisartsen een wettelijk kader worden ontworpen waarbij de voorwaarden worden bepaald m.b.t. de organisatie van een verplichte wachtdienst van de huisartsen. Hierbij zal onder meer worden bepaald dat de wachtdienst moet uitgeoefend worden in het kader van samenwerkingsverbanden die zich richten tot een bevolkingsgroep van minimum 300.000 personen. De betrokken samenwerkingsverbanden zullen door de FOD Volksgezondheid worden erkend.

Binnen deze samenwerkingsverbanden zijn de huisartsenwachtposten een cruciaal onderdeel. De beleidsdoelstelling is om over een periode van de komende vier jaar over het volledige grondgebied over huisartsenwachtposten te beschikken. Elke wachtpost zal functioneren in een samenwerkingsverband dat tenminste drie wachtposten omvat. Het eenvormig oproepnummer 1733 behandelt de oproepen voor de wachtdienst. Dit betekent ook dat de telefonische toegang tot de wachtposten geschiedt via 1733.

Om de gecoördineerde uitrol van de samenwerkingsverbanden, wachtposten en het 1733-nummer te verzekeren, zullen de FOD Volksgezondheid en het RIZIV een inter-administratieve cel oprichten. Er wordt tevens voorzien in een begeleidingsplatform met deelname van vertegenwoordigers van het werkveld.

In de schoot van de interadministratieve cel zal samen met de betrokken stakeholders worden nagegaan op welke wijze en met welke financiële middelen een uniform kader voor de financiering van de weekwacht kan worden tot stand gebracht.

4.1.2.1. Financiering en financieringsvoorwaarden voor 2018 voor bestaande initiatieven.

4.1.2.1.1. De bedragen voor de financiering van de bestaande wachtposten in 2018 zijn dezelfde als die voor 2017 en worden opgenomen in een contract dat loopt over de periode van 1 januari 2018 tot en met 31 december 2018. Hierbij kan een indexeringsclausule voor de loonlasten worden voorzien.

4.1.2.1.2. In de contracten voor het jaar 2018 worden de volgende engagementen opgenomen:

4.1.2.1.2.1. In de periode van 15 maart 2018 tot en met 15 juni 2018 registreren de huisartsenwachtposten hun activiteit (tijdens de week-ends en tijdens de week, zowel overdag, tijdens de avond en de nacht) met de door de NCAZ vastgelegde template en delen ze de resultaten ervan mee aan de FOD Volksgezondheid en het RIZIV uiterlijk voor 30 juni 2018.

4.1.2.1.2.2. De huisartsenwachtposten stellen in de loop van 2018 geen bijkomende verbintenissen voor met betrekking tot hun uitgaven na 31 december 2018, zolang daarover door de NCAZ geen andere beslissing wordt genomen.

4.1.2.1.2.3. De wachtposten werken mee met de overheidsinitiatieven die de geïntegreerde organisatie van de niet-planbare zorg beogen, in het bijzonder: de implementatie van het 1733-instrument, het ontwikkelen van samenwerkingsinitiatieven tussen de wachtposten onderling en het bewerkstelligen en het beheren van de afsprakenplannen met de spoedgevallendiensten.

Pour 2018, les paramètres mesurables seront définis pour le 1^{er} avril 2018. Pour 2019, ils seront définis pour le 31 décembre 2018. La période d'évaluation pour l'année 2018 se réfère à la période du 1^{er} juillet au 31 décembre 2018.

Un autre montant de 2.500 euros sera alloué dans le cadre de l'utilisation des services e-Santé (cf. point 4.2.11.).

4.1.1.2. Par ailleurs, tous les dispensateurs de soins compétents pourront vérifier via MyCaret l'identité du médecin généraliste gestionnaire du DMG d'un patient et, en cas d'abus, l'Ordre des médecins sera prié de veiller au respect des règles déontologiques en cas de changement de gestionnaire du DMG.

4.1.1.3. Les initiatives requises seront prises pour pouvoir conclure et rétribuer le DMG en cours d'accord au niveau de la pratique.

4.1.1.4. Les organismes assureurs informeront leurs affiliés qui n'ont pas conclu de DMG au sujet de ses avantages. De plus, on examinera la possibilité de faire appliquer le régime du tiers payant pour les prestations du gestionnaire du DMG.

4.1.1.5. Enfin, la CNMM examinera dans quelles conditions la prolongation du DMG pourra à l'avenir être désolidarisée d'un contact annuel obligatoire avec le médecin généraliste. À cet effet, une proposition concrète sera formulée pour le 30 juin 2018, permettant de prévoir progressivement à partir du 1^{er} janvier 2019 une indemnité pour la gestion du DMG de certains groupes de patients lorsqu'il n'y a pas eu de contact patient au cours de l'année précédente. Cette proposition en question en établira également l'impact financier.

4.1.2. Soins non programmables et financement des postes de garde de médecine générale et des honoraires liés aux gardes.

Au cours du printemps 2018, après consultation de la CNMM et du Conseil Supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes, un cadre légal sera créé, qui définira les conditions relatives à l'organisation d'un service de garde obligatoire des médecins généralistes. Il sera notamment prévu que le service de garde doit être organisé dans le cadre de structures de coopération qui s'adressent à un groupe démographique d'au moins 300.000 personnes. Les structures de coopération concernées seront agréées par le SPF Santé publique.

Les postes de garde de médecine générale constituent un élément essentiel de ces structures de coopération. L'objectif politique est de disposer de postes de garde de médecine générale sur l'ensemble du territoire au cours des quatre prochaines années. Chaque poste de garde fonctionnera dans une structure de coopération comportant au moins trois postes de garde. Un numéro d'appel unique (1733) traitera les appels pour le service de garde. Cela signifie donc que l'accès téléphonique au poste de garde se fera via le 1733.

Afin d'assurer un déploiement coordonné des structures de coopération et des postes de garde et d'assurer le numéro 1733, le SPF Santé publique et l'INAMI créeront une cellule inter-administrative. Une plate-forme d'accompagnement sera également prévue avec la participation des représentants du terrain.

Au sein de la cellule inter-administrative, il sera également examiné avec les stakeholders concernés de quelle manière et avec quels moyens financiers un cadre uniforme pour le financement de la garde de semaine peut être établi.

4.1.2.1. Financement et conditions de financement 2018 pour des initiatives existantes.

4.1.2.1.1. Les montants de financement des postes de garde existants en 2018 sont identiques à ceux de 2017 et seront intégrés dans un contrat couvrant la période du 1^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2018 inclus. Dans ce cadre, une clause d'indexation pour les charges salariales peut être prévue.

4.1.2.1.2. Les engagements suivants sont repris dans les contrats pour l'année 2018 :

4.1.2.1.2.1. Pour la période du 15 mars 2018 au 15 juin 2018, les postes de garde de médecine générale enregistrent leur activité (pendant les week-ends et la semaine, tant en journée qu'en soirée et la nuit), en utilisant le template fixé par la CNMM, et en communiquent les résultats au SPF Santé publique et à l'INAMI au plus tard le 30 juin 2018.

4.1.2.1.2.2. Les postes de garde de médecine générale ne proposent pas de nouveaux engagements au cours de l'année 2018 concernant leurs dépenses ultérieures au 31 décembre 2018, tant que la CNMM n'aura pris aucune autre décision en la matière.

4.1.2.1.2.3. Les postes de garde collaborent aux initiatives publiques visant l'organisation intégrée des soins non programmables, en particulier : l'implémentation de l'instrument 1733, le développement d'initiatives de collaboration entre les postes de garde et la concrétisation et la gestion des plans d'accords avec les services des urgences.

4.1.2.1.2.4. De huisartsenwachtposten starten begin 2018 met de voorbereiding van de algemene overstap naar de elektronische facturering van de wachthonoraria, zodanig dat die in de loop van 2019 daadwerkelijk en zonder uitstel van kracht zal worden en die de registratie van de plaats en het tijdstip van de wachtprestatie mogelijk zal maken.

4.1.2.2. Financiering van de bestaande initiatieven in 2019.

De NCAZ neemt kennis van de mededeling van de Minister dat het 1733-systeem tijdens de looptijd van het akkoord volledig wordt uitgerold.

Ten laatste op 31 oktober 2018 beslist de NCAZ over de structurering van de financiering voor bestaande initiatieven in 2019, rekening houdend met:

- de stand van de uitvoering van de nieuwe regelgeving over de rol, de werking en de financiering van de wachtposten in het kader van de niet-planbare zorg;

- de functionele en beheersmatige operationaliteit van de samenwerkingsinitiatieven bedoeld in punt 4.1.2.1.2.3.

4.1.2.3. Financiering van nieuwe initiatieven

4.1.2.3.1. 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 samenwerkingsinitiatief zoals bedoeld in punt 4.1.2.1.2.3. en een werkingsgebied hebben met minstens 100.000 inwoners.

4.1.2.3.2. Nieuwe initiatieven kantelen 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 huisartsenzone die 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 spoedgevallendienst.

4.1.2.3.3. Door de overheid zal, onder coördinatie van het RIZIV, worden voorzien in de noodzakelijke professionele ondersteuning van de samenwerkingsinitiatieven op basis van een eenvormige aanpak.

4.1.2.4. Integratie van het beleid over de beschikbaarheidshonoraria in het globale beleid rond de niet-planbare zorg.

De NCAZ zal gedurende het tweede en derde trimester van 2018 wijzigingen voorstellen in het systeem van de beschikbaarheidshonoraria voor huisartsen, rekening houdend met de informatie bedoeld in punt 4.1.2.1.2.1., in eerste instantie met betrekking tot het holst van de nacht (van 23 tot 8 uur).

4.1.3. Specifieke aandachtspunten.

4.1.3.1. Lage rugpijn.

Een vijfde van de Belgen kampt met lage rugpijn. Door de combinatie van het vaak voorkomen van diffuse klachten, het hoge gebruik van de gezondheidszorg en de maatschappelijke kost vormt lage rugpijn een belangrijk probleem van volksgezondheid.

De NCAZ wenst volop mee te werken aan volgende initiatieven:

4.1.3.1.1. Toepassing van de klinische richtlijn rond lage rugpijn en radiculare pijn

Het KCE ontwikkelde recent een richtlijn over de aanpak van lage rugpijn en radiculare pijn, van de eerste evaluatie tot de eventuele hervatting van de beroepsactiviteiten, met inbegrip van alle invasieve en niet-invasieve behandelingen. Aansluitend hierbij werd een klinisch zorgpad ontwikkeld voor de optimale aanpak van lage rugpijn. De NCAZ zal in overleg met de EBP-stuurgroep een concrete communicatie- en implementatiestrategie uitwerken tegen 30 juni 2018.

4.1.3.1.2. Aanpassing van de nomenclatuur inzake wervelkolompathologie

Het aantal chirurgische ingrepen op de wervelkolom is de afgelopen 15 jaar met 40 % toegenomen. Hierbij wordt ook een sterke praktijkvariabiliteit vastgesteld alsook een stijgend aantal gevallen van "failed back management syndrome".

Om deze ontwikkelingen beter te beheersen zal in de loop van 2018 de nomenclatuur worden herzien en een verbeterplan worden geconcretiseerd gebaseerd op volgende principes:

- invoering van een uniforme diagnostische triage met gestandaardiseerde indicatiestelling voor therapeutische behandeling;

- tot stand brengen van een multidisciplinair organisatie-model, de "spine unit", waar neurochirurgen, orthopedisch chirurgen, specialisten in de fysische geneeskunde, anesthesisten - algologen en andere artsen gespecialiseerd in de problematiek van het locomotorisch stelsel samenwerken en waarbij beslissingen voor (her)ingrepen in complexe behandelingen (neuromodulatie) enkel kunnen worden genomen na een multidisciplinair consult waarbij ook de GMD houder en desgevallend kinesitherapeuten worden betrokken;

- herziening van de nomenclatuur voor verstrekingen inzake wervelkolomchirurgie, aangepast aan de nieuwe praktijkomstandigheden;

4.1.2.1.2.4. Début 2018, les postes de garde de médecine générale entament la préparation du passage général à la facturation électronique des honoraires de garde, de sorte qu'elle puisse effectivement et sans sursis entrer en vigueur au cours de l'année 2019, ce qui permettra l'enregistrement du lieu et du moment des prestations de soins de garde.

4.1.2.2. Financement des initiatives existantes en 2019.

La CNMM prend connaissance de la communication de la ministre, qui annonce que le système 1733 sera entièrement implémenté pendant la durée de l'accord.

Pour le 31 octobre 2018 au plus tard, la CNMM décidera de la structuration du financement d'initiatives existantes en 2019, compte tenu :

- de l'état d'avancement de l'exécution de la nouvelle réglementation sur le rôle, le fonctionnement et le financement des postes de garde dans le cadre des soins non programmables ;

- de l'opérationnalité fonctionnelle et gestionnelle des initiatives de collaboration visées au point 4.1.2.1.2.3.

4.1.2.3. Financement de nouvelles initiatives.

4.1.2.3.1. De nouvelles initiatives pourront être prises en ligne de compte dans les limites des ressources budgétaires disponibles, à condition qu'elles s'engagent à participer à une initiative de collaboration comme prévu au point 4.1.2.1.2.3. et à avoir une zone d'activité de minimum 100.000 habitants.

4.1.2.3.2. 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 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.

4.1.2.3.3. L'autorité pourvoira, sous la coordination de l'INAMI, au soutien professionnel nécessaire des initiatives de collaboration sur la base d'une approche uniforme.

4.1.2.4. Intégration de la politique des honoraires de disponibilité dans la politique globale sur les soins non programmables.

La CNMM présentera dans le courant des deuxième et troisième trimestres de 2018 des modifications dans le système des honoraires de disponibilité pour les médecins généralistes, compte tenu des informations visées au point 4.1.2.1.2.1., dans un premier temps en ce qui concerne la nuit noire (de 23h à 8h).

4.1.3. Points d'attention spécifiques.

4.1.3.1. Lombalgies.

Un cinquième des belges souffre de lombalgies. En raison de la combinaison d'une apparition fréquente des plaintes diffuses, de l'utilisation importante des soins de santé et du coût social, la lombalgie est un problème de santé publique majeur.

La CNMM souhaite coopérer pleinement aux initiatives suivantes :

4.1.3.1.1. Application de la directive clinique relative à la lombalgie et à la douleur radiculare.

Le KCE a récemment élaboré une directive sur la prise en charge des lombalgies et des douleurs radiculaires, depuis l'évaluation initiale jusqu'à la reprise éventuelle des activités professionnelles, y compris tous les traitements invasifs et non invasifs. Dans ce cadre, un itinéraire de soins cliniques a été développé en vue d'une approche optimale de la lombalgie. En concertation avec le groupe de direction EBP, la CNMM élaborera une stratégie concrète de communication et de mise en œuvre d'ici le 30 juin 2018.

4.1.3.1.2. Adaptation de la nomenclature pour la pathologie de la colonne vertébrale.

Le nombre d'interventions chirurgicales sur la colonne vertébrale s'est accru de 40 % au cours des 15 dernières années. On observe également une forte variation dans la pratique, ainsi qu'un nombre croissant de cas de "failed back management syndrome".

Aux fins de mieux gérer ces évolutions, la nomenclature sera révisée dans le courant de l'année 2018 et un plan d'amélioration sera concrétisé sur la base des principes suivants :

- instauration d'un triage diagnostique uniforme avec indication standardisée pour le traitement thérapeutique ;

- création d'un modèle organisationnel pluridisciplinaire, la "spine unit", où neurochirurgiens, chirurgiens orthopédistes, spécialistes en médecine physique, anesthésistes - algologues et autres médecins spécialisés dans les problèmes de l'appareil locomoteur travaillent ensemble et où les décisions de (ré)interventions et de traitements complexes (neuromodulation) ne peuvent être prises qu'après une consultation pluridisciplinaire dans laquelle sont également impliqués le gestionnaire du DMG et le cas échéant les kinésithérapeutes ;

- révision de la nomenclature des prestations relatives à la chirurgie de la colonne vertébrale, adaptée aux nouvelles conditions de pratique ;

- registratie van de diagnostische en therapeutische gegevens van de betrokken patiënten die conservatief, chirurgisch of met neuromodulatie worden behandeld, met inbegrip van een patiënt reported outcome measurement (PROM) en/of patient reported experience measurement (PREM).

4.1.3.1.3. Terugdringen van niet noodzakelijke verstrekkingen

Ondanks het protocolakkoord dat in 2014 op het vlak van de medische beeldvorming werd afgesloten en waarin een daling van het aantal CT onderzoeken lumbale wervelzuil werd in het vooruitzicht gesteld, blijkt uit de cijfers een ander beeld.

Om die reden, en in afwachting van een update van het protocolakkoord inzake medische beeldvorming, worden de toegelaten uitgaven voor de betrokken verstrekkingen gehandhaafd op het volumepeil van 2015. In dit kader worden ook grote geografische verschillen vastgesteld. De betrokken voorschrijvers en radiologen zullen hierop door de equipes doelmatige zorg van het RIZIV worden aangesproken op basis van vastgelegde kwantificeerbare doelstellingen.

Een sensibilisatieactie zal worden uitgevoerd met betrekking tot het voorschrijven van medische hulpmiddelen (onder meer korsetten,...) bij specifieke lage rugpijn.

4.1.3.1.4. Initiatieven inzake arbeidsongeschiktheid

In de sector arbeidsongeschiktheid werden een aantal pilootprojecten opgestart betreffende chronische pijn en terugkeer naar het werk. Tevens werd binnen de Hoge Commissie van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit een leidraad ontwikkeld voor de verzekeringskundige aanpak bij specifieke lage rugpijn. Hierbij zal ook teruggekoppeld worden naar de voorschrijvende en behandelende artsen teneinde de frequentie van de arbeidsongeschiktheidsaanvragen op dat vlak terug te dringen.

4.1.3.2. Complexe kankerzorg

Vóór 30 juni 2018 zullen, na overleg in de NCAZ, aan het verzekeringscomité voorstellen van overeenkomsten met individuele ziekenhuizen worden voorgelegd om de aanpak van complexe chirurgische ingrepen voor slokdarm- en pancreastumoren te verbeteren. Bij hoog-technische en complexe ingrepen moet de patiënt kunnen rekenen op kwalitatieve zorgen die verleend worden in een aangepaste omgeving waar de nodige expertise aanwezig is die continu wordt toegepast en verbeterd.

Het betreft een supraregionale zorgopdracht die enkel kan uitgevoerd worden in specifieke expertisecentra.

Deze overeenkomsten zullen voorzien in een specifieke MOC voor de patiënten met een vermoeden van diagnose van pancreas- of slokdarmcarcinoom alsook bepalen dat deze ingrepen enkel door referentiecentra kunnen worden uitgevoerd die over een voldoende ervaring beschikken. De samenwerking met de equipes van de verwijzende ziekenhuizen en de huisartsen zal worden verzekerd.

Verder zullen vertegenwoordigers van de NCAZ, van het College van artsen-directeuren en van de betrokken centra de overeenkomst inzake borstreconstructie bij kanker evalueren. Hierbij zal nagegaan worden of dit mechanisme in vergelijkbare situaties kan worden toegepast.

4.1.3.3. Geestelijke gezondheidszorg

In het kader van de hervorming van de psychiatrische zorg voor volwassenen (projecten art. 107) zullen afspraken worden gemaakt onder welke voorwaarden en in welke situaties de mobiele equipes beroep kunnen doen op een ziekenhuispsychiater voor de behandeling en opvolging van patiënten in een thuiscontext.

Structurele afspraken zullen worden geconcretiseerd in een overeenkomst met de ziekenhuizen. De vrijgekomen toezichtshonoraria zullen volledig en stapsgewijs via de nomenclatuur worden geheinvesteerd in de honorering van de psychiaters werkzaam in de mobiele teams.

4.2. e-Gezondheid.

De NCAZ heeft een ganse analyse gewijd aan de problemen bij de uitrol van de roadmap eGezondheid. Hierbij werd het e-Health platform en de cel Healthdata nauw betrokken. Op basis van deze analyse, die gebaseerd is op concrete terreinervaringen, formuleert de NCAZ volgende actiepunten:

4.2.1. Het creëren van een permanent overlegplatform tussen zorgverleners, ziekenfondsen, vertegenwoordigers van de leveranciers van softwarepakketten en de betrokken overheidsdiensten.

Dit platform heeft tot doel om duidelijke afsprakenkaders en standaardcontracten met de gebruikers tot stand te brengen en een correct servicemanagement te organiseren met inbegrip van de noodzakelijke helpdeskfuncties.

Het RIZIV zal initiatieven nemen om een dergelijk platform voor het einde van het eerste trimester 2018 op te starten.

4.2.2. De invoering van het verplicht elektronisch voorschrijven van geneesmiddelen.

Overeenkomstig de beslissing van het Verzekeringscomité van 4 december 2017 wordt met ingang van 1 juni 2018 het elektronisch voorschrijven van geneesmiddelen door artsen, tandartsen en vroedvrouwen verplicht voor de voorschriften afgeleverd naar aanleiding

- enregistrement des données diagnostiques et thérapeutiques des patients concernés traités de manière conservatoire, chirurgicale ou par neuromodulation, y compris une mesure des résultats rapportés par le patient (PROM) et/ou une mesure de l'expérience rapportée par le patient (PREM).

4.1.3.1.3. Réduction des prestations non nécessaire.

Malgré l'accord de protocole qui a été conclu en 2014 sur l'imagerie médicale et dans lequel une réduction du nombre d'examen CT du rachis lombaire a été promise, les chiffres montrent une image différente.

Pour cette raison, et dans l'attente d'une réactualisation du protocole d'accord sur l'imagerie médicale, les dépenses autorisées pour les prestations concernées sont maintenues au niveau de 2015. Dans ce cadre, on constate également de grandes disparités géographiques. Les prescripteurs et radiologues concernés seront interrogés à ce sujet par les équipes soins efficaces de l'INAMI sur la base d'objectifs quantifiables constatés.

Une campagne de sensibilisation sera menée en ce qui concerne la prescription de dispositifs médicaux (entre autres des corsets...) pour les lombalgies non spécifiques.

4.1.3.1.4. Initiatives en matière d'incapacité de travail

Dans le secteur de l'incapacité de travail, un certain nombre de projets pilotes ont été lancés en ce qui concerne la douleur chronique et le retour au travail. La Commission Supérieure du Conseil Médical de l'Invalidité a également développé un fil conducteur en matière d'approche des assurances dans le cadre de la lombalgie spécifique. Le lien sera également fait avec les médecins prescripteurs et traitants afin de réduire la fréquence des demandes d'incapacité de travail dans ce domaine.

4.1.3.2. Soins complexes aux cancéreux

Pour le 30 juin 2018, après concertation au sein de la CNMM, des propositions de conventions avec des hôpitaux individuels seront soumises au Comité de l'assurance afin d'améliorer l'approche des interventions chirurgicales complexes pour les tumeurs de l'œsophage et du pancréas. Dans le cadre des interventions complexes et de haute technicité, le patient doit pouvoir compter sur des soins de qualité qui sont dispensés dans un environnement adapté garantissant l'expertise nécessaire appliquée et améliorée en continu.

Il s'agit d'une mission de soins suprarégionale qui ne peut être menée qu'au sein des centres d'expertise spécifiques.

Ces conventions prévoient une MOC spécifique pour les patients suspectés d'un diagnostic de cancer du pancréas ou de carcinome de l'œsophage et prévoient que ces interventions ne pourront être réalisées que par des centres de référence disposant d'une expérience suffisante. La collaboration avec les équipes des hôpitaux qui auront renvoyé le patient et les médecins généralistes sera assurée.

En outre, des représentants de la CNMM, du Collège des médecins-directeurs et des centres concernés, évalueront la convention de reconstruction mammaire en cas de cancer. Il sera examiné si ce mécanisme pourrait être appliqué dans des situations similaires.

4.1.3.3. Soins de santé mentale

Dans le cadre de la réforme des soins psychiatriques pour adultes (projets art. 107), des accords seront conclus pour savoir sous quelles conditions et dans quelles situations les équipes mobiles pourront faire appel à un psychiatre hospitalier pour le traitement et le suivi de patients à domicile.

Des accords structurels seront concrétisés en une convention avec les hôpitaux. Les honoraires de surveillance libérés seront complètement et par étapes réinvestis via la nomenclature dans la rémunération des psychiatres qui travaillent dans les équipes mobiles.

4.2. e-Santé.

La CNMM a consacré toute une analyse aux problèmes rencontrés lors du déploiement de la feuille de route e-Santé. La plateforme e-Santé et la cellule Healthdata y ont été étroitement associées. Sur la base de cette analyse reposant sur des expériences concrètes du terrain, la CNMM formule les 10 points d'action suivants :

4.2.1. Création d'une plateforme permanente de concertation entre les dispensateurs de soins, les mutualités, les représentants des fournisseurs de logiciels et les services publics concernés.

Cette plateforme a pour objectif de mettre sur pied des cadres d'accords et des contrats standards clairs avec les utilisateurs et d'organiser une gestion de services correcte incluant les fonctions de helpdesk requises.

L'INAMI prendra des initiatives pour lancer une telle plateforme pour la fin du premier trimestre 2018.

4.2.2. Introduction de la prescription électronique obligatoire de médicaments.

Conformément à la décision du Comité de l'assurance du 4 décembre 2017, la prescription électronique de médicaments pour les médecins, les dentistes et les accoucheuses sera obligatoire à partir du 1^{er} juin 2018, pour les prescriptions délivrées dans le cadre d'une

van een raadpleging. Deze verplichting geldt niet voor voorschrijvers die op die datum de leeftijd van 62 jaar hebben bereikt. Voor occasionele voorschrijvers wordt op die datum een nieuwe versie van de internetapplicatie Paris ter beschikking gesteld. Deze nieuwe versie zal gebruik maken van zeer recent ter beschikking gekomen IT-technologie welke toelaat op een beveiligde manier voor te schrijven zonder de verplichting om daartoe een e-Health certificaat te installeren op het device toebehorend aan de voorschrijver.

Vanaf medio 2019 zal het mogelijk zijn om in alle publieke officina's geneesmiddelen af te halen zonder dat een papieren bewijs van elektronisch voorschrijven vereist is. Ook zal het mobiel voorschrijven van geneesmiddelen worden verzekerd. De concrete modaliteiten worden vastgesteld in overleg met alle betrokkenen.

De NCAZ engageert zich om ten laatste vanaf 1 januari 2021 het elektronisch voorschrijven veralgemeend toe te passen.

4.2.3. Ondersteuning en support

Ondanks de inspanningen die inzake opleiding en vorming worden geleverd blijft de vraag naar ondersteuning prominent aanwezig.

Een belangrijk element hiervan vormt de alignering en structurering van de helpdeskfuncties. In het kader van het overleg bedoeld in punt 4.2.1. zullen hierover door e-Health duidelijke richtlijnen worden vastgesteld met aanduiding van de respectievelijke verantwoordelijkheden.

4.2.4. Performantie, continuïteit en veiligheid.

Het is duidelijk dat nog meer moet geïnvesteerd worden in het bewaken en de monitoring van de performantie en de continuïteit van het e-gezondheidssysteem, dat samengesteld is uit verschillende interagerende toepassingen.

Aan e-Health wordt gevraagd terzake de nodige initiatieven te nemen en naast een monitoringssysteem ook een efficiënt interventieplan bij incidenten te ontwikkelen in de loop van 2018.

4.2.5. Klantvriendelijkheid

De communicatie tussen eerste lijn en tweede lijn via de Hubs moet worden vereenvoudigd. Momenteel vraagt het samenstellen van allerlei dossiercomponenten een te aanzienlijke tijdsinvestering. Hierbij moet onderzocht worden of van een pull benadering niet naar een push aanpak kan worden geëvolueerd.

Aan e-Health wordt gevraagd terzake in de loop van 2018 de nodige initiatieven te nemen in samenspraak met de betrokken zorgverleners. Hierbij moet ervoor gezorgd worden dat gecodeerde informatie rechtstreeks in het elektronisch dossier kan worden geïntegreerd.

Ook wordt aangedrongen om vanuit de Healthdataregisters de nodige feedback te verlenen aan de betrokken beroepsgroepen.

Aan de softwareleveranciers zal gevraagd worden om dashboarding te ontwikkelen, bijvoorbeeld met het oog op de opvolging van de te realiseren criteria voor de geïntegreerde praktijkpremie;

4.2.6. Administratieve vereenvoudiging

e-Gezondheid biedt de mogelijkheid om administratieve vereenvoudigingen te faciliteren.

Hierbij moet, naast de mogelijkheden inzake elektronisch voorschrijven, bij de uitvoering van het e-Gezondheidsplan ook de ontwikkeling en vervolgens het gebruik van e-Forms prioritair worden tot stand gebracht bij voorkeur op basis van open standaarden.

4.2.7. Artsen-specialisten

De NCAZ dringt erop aan om ook te investeren in de ontwikkeling van softwaretoepassingen voor de patiëntendossiers van artsen-specialisten, voor zover deze niet kunnen geïntegreerd worden in het EPD van het ziekenhuis.

Een eerste voorwaarde hiertoe is een duidelijk inzicht te krijgen in de toepassingen die thans worden gebruikt en de verwachtingen van de betrokkenen terzake. Hiertoe zal bij de artsen-specialisten door het RIZIV, in samenwerking met de FOD Volksgezondheid en e-Health, een bevraging worden georganiseerd in de loop van 2018.

Op basis hiervan zal in overleg met de FOD Volksgezondheid en e-Health een plan van aanpak worden op punt gesteld in de loop van 2019. Dit moet toelaten om op het ogenblik van de verplichting tot gebruik van een e-GMD vlotte communicatie tussen de huisarts en de specialist tot stand te brengen.

4.2.8. My Carenet

De NCAZ heeft vastgesteld dat grote vooruitgang werd geboekt in de kwaliteit van de MyCarenettoepassingen.

Niettemin dringt de NCAZ erop aan om de betalingen die aan de artsen worden verricht op een overzichtelijke en vlot consulteerbare wijze te documenteren tegen 30 september 2018. Hiertoe zal een gestandaardiseerde procedure worden ontwikkeld.

Een absolute prioriteit is de uitrol van e-Attest (elektronische facturatie buiten de derdebetalersregeling). Deze mogelijkheid wordt aan de huisartsen geboden vanaf 2018.

consultation. Cette obligation ne s'applique pas aux prescripteurs qui auront atteint l'âge de 62 ans à cette date. Pour les prescripteurs occasionnels, une nouvelle version de l'application Internet Paris sera mise à leur disposition à cette date. La nouvelle version utilisera une technologie IT très récemment mise à disposition qui permet de prescrire de manière sécurisée sans obligation d'installer un certificat e-Santé sur l'appareil du prescripteur.

À partir de la mi-2019, il sera possible d'aller chercher des médicaments dans toutes les pharmacies publiques sans devoir obligatoirement fournir une preuve papier de la prescription électronique. La prescription mobile de médicaments sera également assurée. Les modalités concrètes sont fixées en concertation avec toutes les parties prenantes.

La CNMM s'engage à faire appliquer de façon généralisée la prescription électronique à partir du 1^{er} janvier 2021 au plus tard.

4.2.3. Soutien et support.

Malgré les efforts qui ont été fournis en matière de formation, la demande de soutien reste très importante.

Un élément important est l'alignement et la structuration des fonctions de helpdesk. Dans le cadre de la concertation visée au point 4.2.1., des instructions claires doivent être définies par e-Santé en la matière, en indiquant les responsabilités respectives.

4.2.4. Performance, continuité et sécurité.

Il est clair qu'il faut investir encore plus dans la surveillance et le monitoring de la performance et de la continuité du système e-Santé, qui est constitué de différentes applications en interaction.

Il est demandé à e-Santé de prendre les initiatives nécessaires y afférentes et de développer dans le courant de 2018, en plus d'un système de monitoring, un plan d'intervention efficient en cas d'incidents.

4.2.5. Convivialité.

La communication via les Hubs entre la première ligne et la deuxième ligne doit être simplifiée. Pour le moment, la collecte de toutes sortes d'éléments de dossiers demande un investissement en temps trop important. Dans ce cadre, il faut examiner si on ne peut pas évoluer d'une approche "pull" vers une approche "push".

Il est demandé à e-Santé de prendre les initiatives nécessaires en la matière dans le courant de 2018, en concertation avec les dispensateurs de soins concernés. Dans ce cadre, il faut veiller à ce que des informations codées puissent être intégrées directement dans le dossier électronique.

On insiste aussi pour fournir les feed-back requis aux groupes professionnels concernés à partir des registres de Healthdata.

Il sera demandé aux fournisseurs de progiciels de développer un dashboarding, par exemple en vue du suivi des critères à réaliser pour la prime de pratique intégrée.

4.2.6. Simplification administrative.

L'e-Santé permet de faciliter les simplifications administratives.

Dans ce cadre, outre les possibilités en matière de prescription électronique, il convient, pour l'exécution du plan e-Santé, prioritaire-ment d'encourager également le développement et ensuite l'utilisation des e-Forms, de préférence sur la base de standards ouverts.

4.2.7. Médecins spécialistes.

La CNMM insiste pour qu'on investisse également dans le développement d'applications logicielles pour les dossiers de patients de médecins spécialistes, pour autant qu'ils ne puissent pas être intégrés dans le DPI de l'hôpital.

Une première condition est d'avoir une vue claire des applications actuellement utilisées et des attentes des parties prenantes. À cet effet, une enquête sera réalisée dans le courant de 2018 par l'INAMI, en collaboration avec le SFP Santé publique et e-Santé, auprès des médecins spécialistes.

En concertation avec le SFP Santé publique et e-Santé, un plan d'approche sera mis au point sur la base de cette enquête dans le courant de l'année 2019. Ceci devra permettre de réaliser une communication aisée entre le médecin généraliste et le spécialiste, à partir du moment où l'utilisation de l'e-DMG deviendra obligatoire.

4.2.8. MyCarenet.

La CNMM a constaté que de grands progrès ont été enregistrés au niveau de la qualité des applications MyCarenet.

Néanmoins, la CNMM insiste pour documenter pour le 30 septembre 2018, de façon claire et aisément consultable, les paiements qui sont effectués aux médecins. Une procédure standardisée sera développée à cette fin.

Une priorité absolue est le déploiement d'e-Attest (facturation électronique en dehors du régime du tiers-payant). Cette possibilité est offerte aux médecins généralistes à partir de 2018.

4.2.9. Quick wins

De NCAZ dringt erop aan dat de standaarden met betrekking tot de mededeling van de resultaten op het vlak van klinische biologie (LOINC) door de medische laboratoria worden toegepast in de loop van het akkoord en rekening houdend met de evaluatie van de lopende pilootprojecten.

Tevens moet Sumehr 2 voor eind 2018 geïmplementeerd worden in de EMD's.

Ten slotte moet ook werk gemaakt worden van elektronische aanvraagformulieren en voorschriften (beeldvorming, kiné, verpleegkunde)

4.2.10. Veiligheid

Ook het verzekeren van de noodzakelijke veiligheidsvoorwaarden op technisch vlak en op privacy vlak blijft een absolute prioriteit. Ook hier is een efficiënte monitoring en rapportering noodzakelijk.

Ondersteuning van de zorgverleners bij de invoering van GDPR zal worden voorzien.

4.2.11. E-Gezondheid en geïntegreerde praktijkpremie

Eerder (zie punt 4.1.1.) werd aangegeven dat de geïntegreerde praktijkpremie ook een luik e-Gezondheid omvat ten belope van 2500 euro voor zover de vastgestelde criteria worden behaald.

Deze criteria zullen ondermeer betrekking hebben op:

- het gebruik van e-Fac en e-Attest;
- het elektronisch voorschrijven van geneesmiddelen;
- het elektronisch aanvragen van hoofdstuk 4 geneesmiddelen;
- het gebruik van Mediprima;
- het openen van een GMD via MyCarenet.

De concrete parameters zullen voor 2018 worden vastgesteld vóór 1 april 2018. Voor 2019 zullen de concrete parameters worden vastgesteld vóór 31 december 2018. De evaluatieperiode voor het jaar 2018 zal betrekking hebben op de periode 1 juli tot 31 december 2018.

4.3. Ereloonsupplementen

Conform het vorige akkoord arts- en ziekenfondsen werd door het IMA een analyse gemaakt van de ereloonsupplementen bij ziekenhuisverblijf. Deze studie die op de website van het RIZIV wordt gepubliceerd, identificeert een aantal knelpunten en formuleert verschillende aanbevelingen.

Op basis hiervan formuleert de NCAZ volgende voorstellen op volgende domeinen:

- het tot stand brengen van meer transparantie ten aanzien van de patiënten;
- het corrigeren van ereloonsupplementen in bijzondere situaties;
- het afremmen van het groeiritme van de ereloonsupplementen.

4.3.1. Meer transparantie.

4.3.1.1. De NCAZ is het erover eens dat alle ziekenhuizen tegen 1 januari 2019 moeten voorzien in een voorafgaandelijk meegedeelde kostenraming voor een lijst van courante behandelingen ten behoeve van de patiënten die worden opgenomen.

De NCAZ wenst in nauw overleg met de ziekenhuisvertegenwoordigers een standaardmodel uit te werken.

In de kostenramingen worden ook de ereloonsupplementen opgenomen en het maximumbedrag ervan vastgesteld. Voor andere elementen wordt de kostprijs ten laste van de patiënt weergegeven met nominale minimum- en maximumbedragen op basis van reële facturatiegegevens. De kostenramingen gelden bij ondertekening als wederzijdse verbintenis.

Het IMA zal de opvolging van deze maatregel monitoren en die voor het einde van de looptijd van dit akkoord evalueren.

4.3.1.2. De NCAZ wenst samen met de overeenkomstencommissie ziekenhuizen een voorstel uit te werken waarbij, wat de ereloonsupplementen betreft, op de patiëntenfactuur per arts zal worden gepreciseerd welk aandeel bestemd is voor de arts en welk aandeel bestemd is voor het ziekenhuis.

4.3.1.3. Wat de ambulante sector betreft zal de NCAZ voor 30 juni 2018 de bijkomende gegevens vaststellen die door de zorgverleners aan de verzekeringsinstellingen worden overgemaakt in het kader van een elektronische gegevensoverdracht (e-Attest).

4.3.2. Het corrigeren van ereloonsupplementen in bijzondere situaties.

Uit hogervermelde analyse van het IMA blijkt dat in 2015 23 % van de ziekenhuisverblijven aanleiding gaven tot ereloonsupplementen.

De NCAZ zal op basis van een verdere analyse van de IMA-studie voorstellen formuleren tegen 30 juni 2018 om de hoogte van de ereloonsupplementen in bijzondere situaties te corrigeren. Hierbij wordt onder meer gedacht aan transplantaties, kankerbehandelingen bij kinderen, zeldzame aandoeningen (opgenomen op de lijst van

4.2.9. Quick wins.

La CNMM insiste pour que les standards en ce qui concerne la communication des résultats en matière de biologie clinique (LOINC) soient appliqués par les laboratoires médicaux dans le courant de l'accord et compte tenu de l'évaluation des projets-pilotes en cours.

Le Sumehr 2 doit également être implémenté pour la fin 2018 dans les DMI.

Enfin, il convient aussi de se pencher sur les formulaires de demande et les prescriptions électroniques (imagerie médicale, kinésithérapie, art infirmier).

4.2.10. Sécurité.

Garantir les conditions de sécurité requises au niveau technique et au niveau de la vie privée reste également une priorité absolue. Ici aussi, un monitoring et un reporting efficaces sont nécessaires.

Un soutien aux dispensateurs de soins sera prévu lors de l'introduction du RGPD.

4.2.11. e-Santé et prime de pratique intégrée.

Il a été indiqué plus haut (voir point 4.1.1.) que la prime de pratique intégrée contient également un volet e-Santé à concurrence de 2500 euros pour autant que les critères fixés soient atteints.

Ces critères concerneront entre autres :

- l'utilisation d'e-Fac et e-Attest ;
- la prescription électronique de médicaments ;
- la demande électronique de médicaments du chapitre 4 ;
- l'utilisation de Mediprima ;
- l'ouverture d'un DMG via MyCarenet.

Pour 2018, les paramètres concrets seront définis pour le 1^{er} avril 2018. Pour 2019, ils seront définis pour le 31 décembre 2018. La période d'évaluation pour l'année 2018 se réfère à la période du 1^{er} juillet au 31 décembre 2018.

4.3. Suppléments d'honoraires.

Conformément au précédent Accord médico-mutualiste, l'AIM a procédé à une analyse des suppléments d'honoraires pour les séjours hospitaliers. Cette étude qui est publiée sur le site web de l'INAMI identifie un certain nombre de points noirs et formule diverses recommandations.

Sur la base de cette étude, la CNMM formule les propositions qui suivent dans les domaines suivants :

- la création d'une plus grande transparence envers les patients ;
- la correction des suppléments d'honoraires dans des situations particulières ;
- le ralentissement du rythme de croissance des suppléments d'honoraires.

4.3.1. Plus de transparence.

4.3.1.1. La CNMM convient que d'ici le 1^{er} janvier 2019, tous les hôpitaux devraient fournir une estimation préalable des coûts pour une liste de traitements courants en faveur des patients hospitalisés.

La CNMM souhaite élaborer un modèle standard en étroite concertation avec les représentants des hôpitaux.

Les estimations de coûts comprennent également les suppléments d'honoraires et fixent leur montant maximal. Pour les autres éléments, le coût à charge du patient est reproduit assorti d'un montant minimum et d'un montant maximum sur la base des données de facturation réelles. Les estimations de coûts seront considérées comme un engagement mutuel dès leur signature.

L'AIM assurera le suivi de cette mesure et procédera à son évaluation avant la fin du présent accord.

4.3.1.2. La CNMM souhaite élaborer avec la Commission de conventions des hôpitaux une proposition où, en ce qui concerne les suppléments d'honoraires sur la facture patients, il sera précisé par médecin quelles parts sont respectivement destinées au médecin et à l'hôpital.

4.3.1.3. En ce qui concerne le secteur ambulatoire, la CNMM définira avant le 30 juin 2018 les données complémentaires que les dispensateurs de soins devront transmettre aux organismes assureurs dans le cadre du transfert de données électronique (e-Attest).

4.3.2. La correction des suppléments d'honoraires dans des situations particulières.

Il ressort de l'analyse susvisée réalisée par l'AIM que 23 % des séjours hospitaliers ont donné lieu en 2015 à des suppléments d'honoraires.

La CNMM formulera sur base d'une analyse approfondi de l'étude AIM d'ici le 30 juin 2018 des propositions visant à corriger les montants des suppléments d'honoraires dans des situations particulières. Il s'agit notamment des transplantations, des traitements du cancer chez les enfants, des maladies rares (repris sur la liste d'Orphanet), des

Orphanet), polytraumata,... De ereloon-supplementen per verblijf zouden in deze omstandigheden in beginsel niet meer dan 5000 euro mogen bedragen.

4.3.3. Afremming van het groeiritmte van de ereloon-supplementen

Uit de ziekenhuisbarometers van de ziekenfondsen blijkt een gestage groei van de ereloon-supplementen. Oorzaken hiervan zijn o.m. de verhoging van de ereloon-supplementen op éénpersoonkamers als gevolg van het verbod op tweepersoonkamers; toename van sommige kosten (informatica; kosten voor accreditering van het ziekenhuis; sociale akkoorden uit het verleden; schrapping van de tussenkomst aansprakelijkheidsverzekering; toename van het aantal éénpersoonkamers; aanpassing van de algemene regeling in de ziekenhuizen ingevolge de onderfinanciering van sommige onderdelen van het BFM).

De NCAZ dringt erop aan dat op een aantal factoren die bijdragen tot een stijging van de ereloon-supplementen 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 ereloon-supplementen.

De NACZ stelt aan de Minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken voor om de FOD Volksgezondheid en het RIZIV te mandateren om een overleg op te starten waarbij alle betrokken stakeholders (ziekenhuizen, artsen, ziekenfondsen, verzekeraars en overheid) op evenwaardige wijze worden betrokken en dat tot doel heeft de voorwaarden te bepalen waaronder een overeenkomst over een zogenaamde standstill kan worden tot stand gebracht tot eind 2019 waardoor verhogingen van de ereloon-supplementen met inbegrip van de verstrekkingen in de laagvariabele zorg, van de afdrachten van artsen aan de ziekenhuizen en van besparingen in het budget voor financiële middelen van de ziekenhuizen en in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen tot die datum worden bevroren. Het betrokken overlegplatform zal een voorstel formuleren tegen 30 juni 2018. De NCAZ roept de artsen en de ziekenhuizen op om ondertussen geen acties te ondernemen die de totstandkoming van een dergelijke overeenkomst zouden bemoeilijken.

4.4. Doelmatige zorg

De afgelopen jaren werd door het RIZIV ingezet op het bevorderen van doelmatige zorg en het terugdringen van onnodig zorggebruik. Dit mondde uit in het actieplan handhaving en doelmatige zorg dat in juli 2016 door de Algemene Raad werd goedgekeurd en aan de NCAZ werd voorgesteld. Begin 2018 zal een nieuw en volgend actieplan worden voorgelegd.

Alle partijen zullen actief meewerken om onderstaande randvoorwaarden te realiseren om de doelstellingen opgenomen in het plan doelmatige zorg te bereiken:

- beschikbaarheid van aanbevelingen van goede praktijk, gebaseerd op verifieerbare indicatoren, relevante benchmarks en prioriteiten, vastgesteld in een periodiek EBP plan;
- toegang tot de relevante gegevens die zorgverleners en patiënten betreffen;
- performante tools om de implementatie van de aanbevelingen te verzekeren en een goede communicatie tot stand te brengen;
- medewerking van alle betrokkenen.

Het spreekt voor zich dat ook duidelijke verbindingen moeten worden gelegd naar het accrediteringssysteem van de zorgverleners.

4.4.1. De NCAZ wenst in de eerste plaats acties te ondernemen op het vlak van de medische beeldvorming.

4.4.1.1. Hierbij wordt in de enveloppe medische beeldvorming een begrenzing ingevoerd op het vlak van CT lumbale wervelzuil.

4.4.1.2. Onverminderd de wenselijkheid en noodzaak om het protocolakkoord medische beeldvorming te actualiseren, wenst de NCAZ 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 terug te dringen.

In dit verband kan worden gewezen op ESR iGuide die door de European Society of Radiology werd ontwikkeld en continu up to date wordt gehouden.

De NCAZ zal volop meewerken om vóór 30 juni 2018 een concreet implementatieplan op te stellen samen met alle betrokkenen, zodat er dan een aantal pilootprojecten worden opgestart. Het is de ambitie om in de loop van 2020 een dergelijk systeem breed in de praktijkvoering te integreren en de terugbetaling te koppelen aan het effectief gebruik van decision support.

4.4.2. Ook in de klinische biologie zijn verdere acties vereist.

In de loop van 2018 zal een herziening van de terugbetalingsvoorwaarden voor het bepalen van het gehalte 25-hydroxy vitamine D worden doorgevoerd. Deze herziening zal een herallocatie mogelijk maken om innovatieve performante biomarkers in te zetten in de oncologie.

polytraumatismes,... Dans ces circonstances, les suppléments d'honoraires par séjour ne devraient pas dépasser 5 000 euros.

4.3.3. Ralentissement du rythme de croissance des suppléments d'honoraires.

Les baromètres hospitaliers des mutualités montrent une augmentation régulière des suppléments d'honoraires. Les raisons en sont notamment l'augmentation des suppléments d'honoraires en chambre individuelle en raison de l'interdiction en chambres à deux lits; une augmentation de certains coûts (informatique; frais d'accréditation de l'hôpital; accords sociaux du passé, suppression de l'intervention assurance responsabilité civile; une augmentation du nombre de chambres individuelles; une adaptation du règlement général hospitalier dans les hôpitaux en raison du sous-financement de certaines parties du BFM).

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.

La CNMM propose à la ministre des Affaires sociales de mandater le SPF Santé publique et l'INAMI pour entamer une concertation où seront associés proportionnellement tous les acteurs concernés (hôpitaux, médecins, mutualités, assureurs et pouvoirs publics) et qui aura pour objectif de fixer les conditions sous lesquelles une convention sur un éventuel standstill pourra voir le jour jusque fin 2019, permettant de gérer une augmentation des suppléments d'honoraires, y compris les prestations dans les soins de basse variabilité, des contributions des médecins aux hôpitaux et des économies sur le budget dans les ressources financières des hôpitaux et dans la nomenclature des prestations de santé. La plateforme de concertation concernée formulera une proposition pour le 30 juin 2018. La CNMM demande aux médecins et aux hôpitaux de ne prendre entre-temps aucune mesure qui rendrait plus difficile la conclusion d'un tel accord.

4.4. Soins efficaces

Ces dernières années, l'INAMI a consenti des investissements pour promouvoir des soins efficaces et lutter contre le recours inutile aux soins. Ces investissements ont débouché sur le plan d'action en matière de contrôle des soins de santé qui a été approuvé par le Conseil général en juillet 2016 et présenté à la CNMM. Un nouveau et futur plan d'action sera soumis début 2018.

Toutes les parties collaboreront activement à la réalisation des conditions suivantes, afin d'atteindre les objectifs inscrits dans le plan soins efficaces:

- disponibilité de recommandations de bonne pratique basées sur des indicateurs vérifiables, benchmarks pertinents et priorités fixées dans un plan EBP périodique;
- accès à des données pertinentes concernant les dispensateurs de soins et les patients;
- outils performants pour assurer le suivi des recommandations et pour permettre une bonne communication;
- collaboration de tous les intéressés.

Il va de soi qu'il faut également établir des connexions claires avec le système d'accréditation des dispensateurs de soins.

4.4.1. La CNMM souhaite d'abord mener des actions dans le domaine de l'imagerie médicale.

4.4.1.1. À ce propos, une limitation des CT du rachis lombaire est prévue dans l'enveloppe destinée à l'imagerie médicale.

4.4.1.2. Sans préjudice du désir et de la nécessité d'actualiser le protocole d'accord en matière d'imagerie médicale, la CNMM souhaite 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, 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'examen d'imagerie médicale inutiles ou superflus.

Citons à ce propos le ESR iGuide conçu par la European society of Radiology, qui est mis à jour en permanence.

La CNMM collaborera pleinement à la rédaction d'un plan d'implémentation concret pour le 30 juin 2018, en collaboration avec toutes les parties prenantes, afin de lancer à ce moment un certain nombre de projets-pilotes. Nous avons pour ambition d'intégrer largement un tel système dans la pratique médicale au cours de l'année 2020 et de lier le remboursement à l'utilisation effective d'outils d'aide à la décision.

4.4.2. Des actions sont aussi requises dans le secteur de la biologie clinique.

Les modalités de remboursement du dosage de 25-hydroxy-vitamine D seront revues dans le courant de 2018. Cette révision permettra de réallouer des moyens afin d'introduire des biomarqueurs innovants performants en oncologie.

Een correctie zal worden doorgevoerd met betrekking tot de terugbetalingsvoorwaarden van doseringen van vitamine B12 en foliumzuur.

De NCAZ neemt kennis van het lopende KCE project evidence based beslissingsondersteuning voor het voorschrijven van laboratoriumtesten in de huisartspraktijk. Hierbij wordt een trial uitgevoerd bij 300 huisartsen en worden 12.000 patiënten geïnculdeerd waarbij wordt nagegaan welk effect deze tool heeft op het voorschrijfgedrag. Het rapport wordt verwacht tegen 31 oktober 2019. Op basis van de bevindingen zal alsdan een beslissing worden genomen tot een meer veralgemeende toepassing. De NCAZ drukt de wens uit dat in samenwerking met de onderzoeksequipe zo snel mogelijk concrete pilootprojecten worden opgestart.

Anderzijds zullen tegen eind 2019 de laboratoriumresultaten door de laboratoria aan de voorschrijvers worden meegedeeld op basis van de Logical Observation Identifiers Names and Codes standaard (LOINC) en rekening houdend met de evaluatie van de lopende pilootprojecten.

4.4.3. Responsabilisering

Een mechanisme van financiële responsabilisering van de voorschrijvers wordt ingevoerd in de klinische biologie en de medische beeldvorming. Hiertoe zal in de enveloppe klinische biologie en medische beeldvorming voor ambulante verstrekkingen voortaan een onderscheid worden gemaakt tussen de oorsprong van de voorschrijvers (huisarts of specialist).

Ingeval van overschrijding van de enveloppe zullen de voorschrijvers die een te hoge frequentie of een te hoog volume van voorschriften verrichten onder monitoring worden geplaatst. De ziekenfondsen en de LOK's worden hiervan op de hoogte gebracht. Voor zover geen wijziging in het voorschrijfgedrag plaatsvindt, zullen financiële maatregelen worden genomen. De NCAZ zal uiterlijk per 30 juni 2018 deze principes concreetiseren waarbij zowel de rol van de voorschrijver als de rol van de verstreker in aanmerking zal worden genomen.

4.4.4. Voorschrijven geneesmiddelen

4.4.4.1. Biosimilars

Biosimilaire geneesmiddelen nemen meer en meer een belangrijke plaats in in het therapeutisch aanbod. Niettemin moet worden vastgesteld dat de uptake van deze geneesmiddelen in ons land in vergelijking met andere landen beperkt blijft hoewel op basis van de analyses van het Europees Geneesmiddelen Agentschap (EMA) ondubbelzinnig de gelijkwaardigheid wordt aangetoond met de originele biologische geneesmiddelen. Deze geneesmiddelen worden ook meer en meer in de publieke officina afgeleverd.

De Minister van sociale zaken en volksgezondheid heeft de wens uitgedrukt dat de NCAZ meewerkt aan het concreetiseren van maatregelen die leiden tot een minimaal quotum biosimilaire specialiteiten in de totaliteit van de voorgeschreven en afgeleverde biologische geneesmiddelen in de publieke officina's. Hierbij zal een tijdelijke toeslag bij het accrediteringsforfait worden toegekend als incentive om deze doelstelling te helpen realiseren. Het voorschrijven van anti TNF geneesmiddelen zal als pilootproject worden gelanceerd.

4.4.4.2. Voorschrijven van goedkope geneesmiddelen

In uitvoering van de regeringsbeslissingen met betrekking tot de begroting 2018 zullen de nodige initiatieven op het vlak van ondersteuning en communicatie worden genomen om de reglementaire voorziene quota te realiseren.

4.4.5. Feedbacks

In het kader van het plan doelmatige zorg zal in de loop van het eerste trimester 2018 een individuele feedback worden toegestuurd aan de huisartsen en de medische huizen met betrekking tot medische beeldvorming, antibiotica, polymedicatie, klinische biologie en psychotrope medicatie. In 2019 wordt een individuele feedback naar de specialisten gestuurd gericht op het voorschrijven van geneesmiddelen.

4.5. Accreditering

De NCAZ is er het over eens om het huidige systeem van accreditering grondig te hervormen tot een systeem van permanente professionele ontwikkeling en van meetbare kwaliteitsbevordering waarbij ook de nodige aandacht wordt besteed aan doelstellingen inzake doelmatige zorg. Met dat doel zal de NCAZ in samenwerking met de NRKP en in afspraak met de FOD Volksgezondheid tegen 30 september 2018 een concreet voorstel uitwerken op basis van onderstaande principes.

Hierbij zal afgestapt worden van het alles-of-niets karakter van het huidige systeem.

De NCAZ wenst dat in 2019 een vernieuwd systeem kan van start gaan, opgevat als een drietrapsstelsel met volgende elementen:

- het volgen van permanente professionele navorming, ter ondersteuning van de PDCA cyclus van de arts of artsenpraktijk via erkende programma's, opleidingen en e-learning trajecten m. b.t. relevante wetenschappelijke ontwikkelingen alsook met de prioriteiten vastgesteld in het kader van het EBP-plan en met persoonlijke leerdoelen. Informatie met betrekking tot de gevolgde opleidingen zal worden bewaard in het professioneel dossier van de arts;

Une correction sera apportée aux modalités de remboursement des dosages de la vitamine B12 et de l'acide folique.

La CNMM prend connaissance du projet KCE en cours concernant le support décisionnel evidence based pour la prescription de tests de laboratoire en médecine générale. Dans ce cadre, une étude est menée auprès de 300 médecins généralistes. Elle inclut 12.000 patients et étudie l'effet de cet outil sur le comportement prescripteur. Le rapport en est attendu pour le 31 octobre 2019. Sur la base des résultats de cette étude, une décision sera alors prise en vue d'une application plus généralisée. La CNMM exprime le souhait qu'en collaboration avec l'équipe de recherche des projets pilotes concrets soient le plus rapidement possible démarrés.

Par ailleurs, les résultats de laboratoire seront communiqués par les laboratoires aux prescripteurs d'ici la fin de 2019, selon la norme LOINC (Logical Observation Identifiers Names and Codes Standard) et compte tenu de l'évaluation des projets-pilotes en cours.

4.4.3. Responsabilisation.

Un mécanisme de responsabilisation financière des prescripteurs est instauré en biologie clinique et en imagerie médicale. À cet effet, une nette distinction selon l'origine des prescripteurs (médecin généraliste ou médecin spécialiste) sera désormais établie dans l'enveloppe pour les prestations ambulatoires de biologie clinique et d'imagerie médicale.

En cas de dépassement de l'enveloppe, les prescripteurs qui atteignent une haute fréquence ou un haut volume de prescription seront placés sous monitoring. Les organismes assureurs et les GLEM's seront informés. Pour autant qu'aucun changement dans le comportement de prescription ne soit constaté, des mesures financières seront prises. Pour le 30 juin au plus tard, la CNMM concrétisera ces principes où tant le rôle du prescripteur que le rôle du dispensateur de soins seront pris en considération.

4.4.4. Prescription de médicaments.

4.4.4.1. Biosimilaires.

Les médicaments biosimilaires occupent une place de plus en plus importante dans l'offre thérapeutique. Néanmoins, il convient de noter que l'utilisation de ces médicaments dans notre pays reste limitée par rapport à d'autres pays, bien que les analyses de l'Agence européenne des médicaments (EMA) démontrent sans ambiguïté l'équivalence avec les médicaments biologiques originaux. Ces médicaments sont également de plus en plus souvent délivrés dans les officines publiques.

Le ministre des Affaires sociales et de la Santé publique a exprimé le souhait que la CNMM coopère à la concrétisation de mesures donnant lieu à un quota minimum de spécialités biosimilaires dans la totalité des médicaments biologiques prescrits et délivrés en officines publiques. Un supplément temporaire au forfait d'accréditation sera accordé à titre d'incitation pour aider à atteindre cet objectif. La prescription de médicaments anti-TNF sera lancée dans le cadre d'un projet-pilote.

4.4.4.2. La prescription de médicaments bon marché.

En exécution des décisions budgétaires 2018 du gouvernement, les initiatives requises en matière de soutien et de communication seront prises pour réaliser les quotas prévus réglementairement.

4.4.5. Feed-back.

Dans le cadre du plan des soins efficaces, un feed-back individuel sera adressé aux médecins généralistes et aux maisons médicales au cours du premier trimestre 2018 en ce qui concerne l'imagerie médicale, les antibiotiques, la polymédication, la biologie clinique et les psychotropes. En 2019, un feed-back individuel sera envoyé aux spécialistes concernant la prescription des médicaments.

4.5. Accréditation.

La CNMM convient que le système actuel d'accréditation doit être complètement reformé en un système de perfectionnement professionnel continu et de promotion de la qualité mesurable, en tenant compte également des objectifs en matière de soins efficaces. À cette fin, la CNMM, en coopération avec le CNPQ et en accord avec le SPF Santé publique, élaborera une proposition concrète d'ici le 30 septembre 2018 sur la base des principes suivants.

Le caractère "tout-ou-rien" du système actuel doit être abandonné.

La CNMM souhaite qu'un nouveau système soit lancé en 2019, conçu sous la forme d'un système en trois volets contenant les éléments suivants :

- le suivi de la formation professionnelle continue, pour soutenir le cycle PDCA du médecin ou de la pratique médicale, à travers des programmes reconnus, des formations et des parcours d'e-learning en relation avec les évolutions scientifiques pertinentes et en tenant compte des priorités définies dans le plan EBP et d'objectifs de formation personnels. L'information relative aux formations suivies sera conservée dans le dossier professionnel du médecin ;

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

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

Aan elk onderdeel worden een aantal creditpoints toegewezen. Bovendien kan een tijdelijke toeslag worden toegekend als incentive voor het bereiken van specifieke objectieven of inspanningen. (Zie punt 4.4.4.1.)

Bij de uitwerking van deze hervorming zal erop worden toegezien dat geen bijkomende administratieve lasten worden ingevoerd.

Ten slotte zal de financiering van de accreditering stapsgewijs worden herzien waarbij een groter gewicht zal 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.

4.6. Aanpassing van de nomenclatuur

De nomenclatuur is een instrument voor de vaststelling van de honoraria van de verstrekkingen die door de verzekering geneeskundige verzorging worden vergoed.

Het is ook de basis voor de tariefzekerheid van de patiënten en een belangrijke hefboom voor de sturing en de beheersing van de uitgaven.

Hierbij wordt niet uit het oog verloren dat een aanzienlijk gedeelte van de honoraria in de ziekenhuizen wordt aangewend voor een bijdrage in de kosten en in financiering van de ziekenhuisactiviteit. Het gaat hier om een bedrag dat door de jongste MAHA studie wordt geraamd op minstens 2,5 mia euro.

De NCAZ heeft kennis genomen van de werkzaamheden van een aantal universitaire equipes in het kader van een mogelijke herziening van de nomenclatuur en verzoekt een onderzoeksgroep te belasten met het uitwerken van voorstellen waarbij volgende doelstellingen worden nagestreefd: het wegwerken van onredelijke inkomensverschillen tussen huisartsen en specialisten en tussen de artsen-specialisten onderling; het in aanmerking nemen van de evolutie in de medische activiteit; het verbeteren van de interne logica, de leesbaarheid en de transparantie van de nomenclatuur; het invoeren van incentives die samenwerking en kwaliteit bevorderen.

In eerste instantie dient de onderzoeksgroep voorstellen op te leveren inzake:

- de standaardisering en de classificatie van de nomenclatuur van medische verstrekkingen;

- de identificatie van het onderscheid tussen de professionele honoraria en de werkingskosten bij de belangrijkste medische procedures;

Een concreet plan van aanpak zal tegen 31 maart 2018 worden uitgewerkt. Bij de uitvoering van het project zal beroep worden gedaan op een ruime terreinexpertise. Het project zal worden gecoördineerd door het RIZIV en de FOD Volksgezondheid.

Dit project heeft in de eerste plaats tot doel om een betere klaarheid te scheppen in de financiering van de medische activiteiten.

Tegen 31 maart 2019 wordt een eerste rapportering verwacht. Tegen december 2019 zal een eindrapport worden opgeleverd. Op die basis zullen vervolgens verdere stappen in dit continu hervormingsproces worden gerealiseerd.

5. ANDERE AANDACHTSPUNTEN

5.1. Zorgplanning en palliatieve zorg

De NCAZ zal inzetten op zogenaamde Advanced Care Planning (ACP). Vroegtijdige zorgplanning draagt bij tot het anticiperen kenbaar maken en verwoorden van voorkeuren en doelen voor toekomstige zorg door de patiënt aan de behandelende zorgverleners. De resultaten van deze vroegtijdige zorgplanning zullen in het GMD en in de Sumehr worden opgenomen. Bovendien zal worden nagegaan hoe de Palliative Care Indicator Tool (PICT) kan worden geïmplementeerd in de zorgpraktijk.

5.2. Artsen in opleiding

In 2018 stromen door de verkorting van de basisopleidingsduur tot 6 jaar, tegelijk twee cohortes van artsen in de professionele opleidings-trajecten. Dit betekent dat de stagecapaciteit met 15 tot 20% moet verhoogd worden; de impact van deze toename in de tijd hangt af van de voorziene opleidingsduur.

Een bijkomend aspect voor de huisartsen-in-opleiding is de verlenging van de professionele stage van twee naar drie jaar; hierbij wordt ook een professionele ziekenhuisstage voorzien met een eigen erkenningssysteem voor stagediensten en stagemeesters.

Er werd in 2016 en 2017 10 mio euro toegekend aan de stagemeesters buiten universitaire ziekenhuizen, per stagemeester.

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

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

Chaque poste se voit attribuer des points de crédit. Un supplément temporaire peut être accordé pour inciter la réalisation d'objectifs spécifiques ou d'efforts spécifiques (cf. point 4.4.4.1.).

Lors de la conception de cette réforme, on veillera à ce qu'aucune charge administrative supplémentaire ne soit introduite.

Enfin, 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.

4.6. Adaptation de la nomenclature.

La nomenclature est un instrument de fixation des honoraires pour les prestations remboursées par l'assurance soins de santé.

Elle constitue également le fondement de la sécurité tarifaire des patients ainsi qu'un levier important pour le pilotage et la maîtrise des dépenses.

Il convient de garder à l'esprit qu'une part importante des honoraires à l'hôpital est utilisée pour contribuer aux coûts et au financement des activités hospitalières. Il s'agit en l'occurrence d'un montant estimé par la dernière étude MAHA à au moins 2,5 milliards d'euros.

La CNMM a pris connaissance des travaux de plusieurs équipes universitaires dans le cadre d'une éventuelle révision de la nomenclature et demande de charger un groupe de recherche de l'élaboration de propositions en vue d'atteindre les objectifs suivants : l'élimination des différences de revenus déraisonnables entre médecins généralistes et médecins spécialistes et entre médecins spécialistes eux-mêmes, la prise en compte de l'évolution de l'activité médicale, l'amélioration de la logique interne, la lisibilité et la transparence de la nomenclature, la charge de travail, le risque et la responsabilité, l'introduction d'incitants pour promouvoir la coopération et la qualité.

En première instance, ce groupe de recherche doit faire des propositions concernant :

- la standardisation et la classification de la nomenclature des prestations de santé ;

- l'identification de la distinction entre les honoraires professionnels et les coûts de fonctionnement pour les principales procédures médicales.

Un plan d'approche concret sera élaboré pour le 31 mars 2018. Lors de l'exécution du projet il sera fait appel à une expertise étendue du terrain. Le rapport sera coordonné par l'INAMI et le SPF Santé publique.

Ce projet a prioritairement pour objectif d'apporter davantage de clarté dans le financement des activités médicales.

Un premier rapport est attendu pour le 31 mars 2019. Un rapport final devra être livré pour fin décembre 2019. Les étapes ultérieures de ce processus de réforme permanent seront ensuite réalisées sur cette base.

5. AUTRES QUESTIONS PRIORITAIRES

5.1. Planning des soins et soins palliatifs.

La CNMM s'engagera sur la mise en place de l'Advanced Care Planning (ACP). Une planification précoce des soins contribue à la communication et à la formulation anticipées des préférences et des objectifs de soins futurs du patient aux dispensateurs de soins traitants. Les résultats de cette planification précoce de soins seront inclus dans le DMG et le Sumehr. En plus on étudiera comment implémenter le Palliative Care Indicator Tool (PICT) dans la pratique des soins de santé.

5.2. Médecins en formation.

En 2018, en raison du raccourcissement de la durée de la formation de base à 6 ans, deux cohortes de médecins parcourront en même temps les trajets de formation professionnelle. Cela signifie que la capacité de stage doit être augmentée de 15 à 20 %; l'impact de cette augmentation dans le temps dépend de la durée de formation prévue.

Un aspect supplémentaire pour les médecins généralistes en formation est la prolongation du stage professionnel de deux à trois ans ; il comportera également un stage hospitalier professionnel avec un système d'agrément propre pour les services de stages et les maîtres de stages.

En 2016 et 2017, un montant de 10 mios d'euros a été octroyé aux maîtres de stage en dehors des hôpitaux universitaires, par maître de stage.

De NCAZ stelde voor om het beschikbare bedrag van 10 mio euro voor de jaren 2016 en 2017 per stagemester toe te kennen, ongeacht het aantal ASO's dat in de stagedienst aanwezig is. De NCAZ dringt erop aan dat deze bedragen zo snel als mogelijk aan de rechthebbende stagemesters worden toegekend.

De NCAZ stelt vast dat dit als een overgangsfase moet worden beschouwd gezien het voornemen van de Minister om een persoonsvolgende financiering in te voeren waarbij de verschillende bestaande financieringsmechanismen, waaronder de 10 mio euro, voor ASO's zullen worden aangewend. Hierbij zullen ook garanties worden voorzien inzake de kwaliteit van het pedagogische luik van de professionele stage.

De NCAZ zal vóór 30 juni 2018 een voorstel uitwerken dat een oplossing moet bieden voor de huisartsen en de artsen-specialisten in opleiding om tijdens hun opleiding pensioenrechten op te bouwen.

5.3. Administratieve vereenvoudiging

Tijdens de duurtijd van het akkoord zullen de vertegenwoordigers in de NCAZ een aantal voorstellen uitwerken die tot doel hebben administratieve vereenvoudigingen tot stand te brengen. In eerste instantie zal worden nagegaan hoe de verplichte fysieke aanwezigheid van de huisarts bij multidisciplinaire consulten kan worden opgeheven.

5.4. Inter-administratieve samenwerking

De NCAZ dringt aan op een goede samenwerking tussen de verschillende administraties bij de uitvoering van de punten van het akkoord die een inter-administratieve inbreng vergen.

6. SOCIAAL STATUUT

Voor 2018 worden volgende bedragen voorgesteld:

- * volledig geconventioneerden: 4.870,71 euro
- * gedeeltelijk geconventioneerden: 2.297,63 euro

Om de sociale voordelen op een meer selectieve wijze toe te kunnen kennen, is vanaf het toepassingsjaar 2017 een activiteitsdrempel ingevoegd, uitgedrukt in een minimumbedrag van aan de ziekteverzekering aangerekende nomenclatuurprestaties. Artsen die de activiteitsdrempel niet haalden, konden in het kader van de toekenning van de sociale voordelen 2017 een aanvraag indienen om hun activiteitsituatie te assimileren met die van artsen die de drempel wel bereiken.

Aan de hand van de ingediende assimilatieaanvragen zal de NCAZ vóór 30 april 2018 een voorstel uitwerken dat een oplossing moet bieden voor bepaalde categorieën van artsen die in aanmerking kunnen komen voor de sociale voordelen, zonder dat ze de vastgelegde activiteitsdrempel bereiken.

7. CORRECTIEMAATREGELEN

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

7.2. 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 GVU-wet.

8. 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.

9. TOEPASSINGSVOORWAARDEN VAN HET AKKOORD

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

- De volledig geconventioneerde zorgverleners.
- De gedeeltelijk geconventioneerde zorgverleners.

9.2. Huisartsen

9.2.1. De volledig geconventioneerde zorgverleners

De volledig geconventioneerde huisarts is de huisarts die zijn hele praktijk aan de voorwaarden van dit akkoord onderwerpt en voor wie, behalve wanneer de rechthebbende bijzondere eisen stelt die strikt zijn bepaald in punt 9.2.3., de honorariumbedragen en de reisvergoedingen, vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, op zijn hele praktijk worden toegepast.

9.2.2. De gedeeltelijk geconventioneerde zorgverleners

9.2.2.1. Definitie en toe te passen tarieven

De gedeeltelijk geconventioneerde huisarts is de huisarts die zijn hele praktijk aan de voorwaarden van dit akkoord onderwerpt, behalve gedurende de periodes en overeenkomstig de voorwaarden die strikt in punt 9.2.2.2 zijn bepaald.

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

La CNMM a proposé d'allouer le montant disponible de 10 millions d'euros pour les années 2016 et 2017, par maître de stage, quel que soit le nombre de MSF en stage. La CNMM insiste pour que ces montants soient octroyés le plus rapidement possible aux maîtres de stage bénéficiaires.

La CNMM constate qu'il faut considérer cela comme une phase de transition étant donné l'intention de la ministre d'introduire un mécanisme de financement lié à la personne, dans le cadre duquel les différents mécanismes de financement existants, dont le montant de 10 millions d'euros, seront utilisés pour les MSF. Dans ce cadre, des garanties seront également prévues en ce qui concerne la qualité du volet formation du stage professionnel.

La CNMM élaborera, pour le 30 juin 2018, une proposition devant apporter une solution aux médecins généralistes et médecins-spécialistes en formation en leur permettant de constituer des droits à la pension pendant leur formation.

5.3. Simplification administrative.

Pendant la durée de l'accord, les représentants de la CNMM élaboreront une série de propositions visant des simplifications administratives. Dans un premier temps, on examinera comment supprimer la présence physique obligatoire du médecin généraliste dans les consultations multidisciplinaires.

5.4. Coopération inter-administrative

La CNMM insiste sur la bonne collaboration entre les différentes administrations lors de l'exécution des points de l'accord qui demandent une contribution inter-administrative.

6. STATUT SOCIAL

Pour 2018, les montants suivants sont proposés :

- * conventionnés complets : 4.870,71 euros
- * conventionnés partiels : 2.297,63 euros

Afin d'attribuer les avantages sociaux de manière plus sélective, un seuil d'activité a été instauré à partir de l'année d'application 2017, exprimé en un montant minimum de prestations de nomenclature attestées à l'assurance maladie. Les médecins qui n'atteignaient pas le seuil d'activité, pouvaient, dans le cadre de l'octroi des avantages sociaux de 2017, introduire une demande pour assimiler leur situation d'activité avec celle des médecins qui ont bien atteint le seuil.

Sur la base des demandes d'assimilation introduites, la CNMM élaborera une proposition afin d'offrir une solution pour certaines catégories de médecins qui peuvent entrer en ligne de compte pour les avantages sociaux sans avoir atteint le seuil d'activité.

7. MESURES DE CORRECTION

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

7.2. Si, en raison de l'éventuelle application d'une prolongation automatique du DMG ou d'une extension de la réglementation 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.

8. SUIVI DE L'ACCORD

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

9. CONDITIONS D'APPLICATION DE L'ACCORD

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

- Les dispensateurs de soins entièrement conventionnés.
- Les dispensateurs de soins partiellement conventionnés.

9.2. Les médecins généralistes

9.2.1. Les dispensateurs de soins entièrement conventionnés

Le médecin généraliste entièrement conventionné est le médecin généraliste qui soumet la totalité de sa pratique aux conditions du présent accord et pour lequel, sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 9.2.3., les taux d'honoraires et les indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués à l'ensemble de sa pratique.

9.2.2. Les dispensateurs de soins partiellement conventionnés

9.2.2.1. Définition et tarifs applicables

Le médecin généraliste partiellement conventionné est le médecin généraliste qui soumet la totalité de sa pratique aux conditions du présent accord, sauf durant les périodes et selon les conditions définies strictement au point 9.2.2.2.

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

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

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

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

9.2.2.2.2. en wanneer de rest van zijn praktijk minstens drie vierden van het totaal van zijn praktijk vertegenwoordigt en wordt verricht tegen de honorariumbedragen die zijn vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, behalve wanneer de rechthebbende bijzondere eisen stelt die strikt zijn bepaald in punt 9.2.3.

9.2.3. Bijzondere eisen van de rechthebbende

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

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

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

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

9.2.3.4. de raadplegingen die op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt worden verricht na 21 uur of op 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 10 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt dient de arts de patiënt vooraf in te lichten over de financiële gevolgen van de bijzondere eis die door de patiënt wordt gesteld.

9.3. Artsen-specialisten

9.3.1. De volledig geconventioneerde zorgverleners

De volledig geconventioneerde arts-specialist is de arts-specialist die zijn hele praktijk aan de voorwaarden van dit akkoord onderwerpt en voor wie, behalve wanneer de rechthebbende bijzondere eisen stelt die strikt zijn bepaald in punt 9.3.3, de honorariumbedragen en de reisvergoedingen, vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, op zijn hele praktijk worden toegepast.

9.3.2. De gedeeltelijk geconventioneerde zorgverleners

9.3.2.1. Definitie en toe te passen tarieven

De gedeeltelijk geconventioneerde arts-specialist is de arts-specialist die zijn hele praktijk aan de voorwaarden van dit akkoord onderwerpt, behalve gedurende de periodes en overeenkomstig de voorwaarden die strikt in punt 9.3.2.2. zijn bepaald.

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

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

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

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

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

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

9.3.3. Bijzondere eisen van de rechthebbende

9.2.2. Périodes et conditions du conventionnement partiel

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

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

9.2.2.2.2. et pour autant que le reste de sa pratique représente au moins les trois quart du total de sa pratique et soit effectué aux taux d'honoraires fixés conformément aux termes du présent accord, sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 9.2.3.

9.2.3. Exigences particulières du bénéficiaire

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

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

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

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

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

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

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

Conformément à l'article 10 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, le médecin doit informer le patient au préalable des conséquences financières de l'exigence particulière posée par ce dernier.

9.3. Médecins spécialistes

9.3.1. Les dispensateurs de soins totalement conventionnés

Le médecin spécialiste conventionné complet est le médecin spécialiste qui soumet la totalité de sa pratique aux conditions du présent accord et pour lequel, sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 9.3.3., les taux d'honoraires et les indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués à l'ensemble de sa pratique.

9.3.2. Les dispensateurs de soins partiellement conventionnés

9.3.2.1. Définition et tarifs applicables

Le médecin spécialiste partiellement conventionné est le médecin spécialiste qui soumet la totalité de sa pratique aux conditions du présent accord, sauf durant les périodes et selon les conditions définies strictement au point 9.3.2.2.

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

9.3.2.2. Périodes et conditions du conventionnement partiel

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

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

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

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

9.3.3. Exigences particulières du bénéficiaire

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

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

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

9.3.3.3. de raadplegingen voor de ambulante patiënten die op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt worden verricht na 21 uur, of op zaterdag, 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 10 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt dient de arts de patiënt vooraf in te lichten over de financiële gevolgen van de bijzondere eis die door de patiënt wordt gesteld.

9.4. De honorariumbedragen en reisvergoedingen waarin dit akkoord voorziet, worden toegepast op alle rechthebbenden op 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 overschrijft 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.

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

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

10. GESCHILLEN EN BEMIDDELING

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

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

11. DUUR VAN HET AKKOORD

11.1. Dit akkoord wordt gesloten voor een periode van twee jaar, namelijk van 1 januari 2018 tot en met 31 december 2019.

11.2. Opzegging

11.2.1. Overeenkomstig art. 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.

11.2.2. Het akkoord kan geheel of gedeeltelijk worden opgezegd door een partij na bekendmaking in het Belgisch staatsblad van wetgevende maatregelen met betrekking tot de uitbreiding van de verplichte derdebetalersregeling of met betrekking tot de reglementering betreffende de supplementen die worden aangerekend voor eenpersoonskamers en/of voor ambulante verstrekkingen, behoudens indien deze maatregelen tot stand kwamen in uitvoering van artikel 4.3. van dit akkoord met instemming van de NCAZ.

11.2.3. Het akkoord kan geheel of gedeeltelijk worden opgezegd door een partij na de beslissing van de Regering of de Algemene Raad waarbij punt 2.2. van het akkoord niet wordt gerespecteerd.

11.2.4. 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

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

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

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

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

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

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

Conformément à l'article 10 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, le médecin doit informer le patient au préalable des conséquences financières de l'exigence particulière posée par ce dernier.

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

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

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

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

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

10. LITIGES ET MÉDIATION

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

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

11. DURÉE DE L'ACCORD

11.1. Le présent accord est conclu pour une période de deux ans, à savoir du 1^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2019 inclus.

11.2. Dénonciation

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

11.2.2. L'accord peut être dénoncé entièrement ou partiellement par une partie après publication au *Moniteur belge* de mesures législatives concernant l'extension du régime obligatoire du tiers payant ou concernant la réglementation relative aux suppléments portés en compte pour les chambres particulières et/ou pour les prestations ambulatoires, sauf si ces mesures ont été prises en exécutant l'article 4.3. de l'accord, avec l'accord de la CNMM.

11.2.3. L'accord peut être dénoncé entièrement ou partiellement par une partie après une décision du gouvernement ou du Conseil général par laquelle le point 2.2. de l'accord n'est pas respecté.

11.2.4. 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

partijen het evenwicht van de rechten en plichten, voortvloeiend uit dit akkoord waartoe de arts is toegetreden, ernstig schaadt.

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

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

11.2.6. Een arts die de opzegging wenst in te roepen, op basis van de situatie bedoeld in 11.2.1. of 11.2.4., deelt dit mee met een ter post aangetekende brief aan de voorzitter van de NCAZ, binnen een termijn van 15 dagen nadat hij of zij één van voornoemde situaties heeft vastgesteld. Deze opzegging is individueel en is van toepassing vanaf de inwerkingtreding van de in 11.2.1. of 11.2.4. bedoelde maatregelen.

11.2.7. Het akkoord kan ook worden opgezegd door een arts vóór 15 december 2018 via de beveiligde webtoepassing die het RIZIV daartoe via het MyRiziv-portaal ter beschikking stelt. Die opzegging is van toepassing vanaf 1 januari 2019.

12. FORMALITEITEN

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

12.2. De andere artsen dan die welke, overeenkomstig de bepalingen die zijn vermeld onder 12.1, kennis hebben gegeven van hun weigering tot toetreding tot de bedingen van het akkoord dat op 19 september 2017 in de NCAZ is gesloten, worden ambtshalve geacht tot dit akkoord te zijn toegetreden voor hun volledige beroepsactiviteit, behalve als zij binnen de 30 dagen na de bekendmaking van dit akkoord in het *Belgisch Staatsblad*, de voorwaarden inzake tijd en plaats hebben meegedeeld waaronder zij, overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, de honorariumbedragen zullen toepassen enerzijds en de honorariumbedragen niet zullen toepassen, anderzijds. Deze mededeling gebeurt via de beveiligde webtoepassing die het RIZIV daartoe via het MyRiziv-portaal ter beschikking stelt.

12.3. Alle latere wijzigingen van de voorwaarden inzake tijd en plaats waaronder de onder 12.2 bedoelde artsen, overeenkomstig de bedingen van het akkoord, de daarin vastgestelde honorariumbedragen zullen toepassen, mogen worden toegepast van zodra ze worden meegedeeld via de beveiligde webtoepassing die het RIZIV daartoe via het MyRiziv-portaal ter beschikking stelt.

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

Opgemaakt te Brussel, 19 december 2017.

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

De vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen.

avec les parties à l'équilibre des droits et obligations découlant du présent accord auquel le médecin a adhéré.

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

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

11.2.6. Un médecin qui souhaite invoquer la dénonciation sur la base de la situation visée aux points 11.2.1. ou 11.2.4., le notifie par lettre recommandée à la poste, au président de la CNMM, dans un délai de 15 jours après la constatation d'une des situations précitées. Cette dénonciation est individuelle et est d'application à partir de l'entrée en vigueur des mesures visées aux points 11.2.1. ou 11.2.4..

11.2.7. L'accord peut également être dénoncé par un médecin avant le 15 décembre 2018 au moyen de l'application en ligne sécurisée que l'INAMI met à disposition à cette fin au moyen du portail MyInami. Cette dénonciation s'applique à partir du 1^{er} janvier 2019.

12. FORMALITÉS

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

12.2. Les médecins, autres que ceux qui, conformément aux dispositions prévues au point 12.1, ont notifié leur refus d'adhésion aux termes de l'accord conclu le 19 décembre 2017 à la CNMM, sont réputés d'office avoir adhéré à cet accord pour leur activité professionnelle complète, sauf si, dans les trente jours qui suivent la publication de cet accord au *Moniteur belge*, ils ont communiqué, d'une part, les conditions de temps et de lieu dans lesquelles ils appliqueront le montant des honoraires qui y sont fixés, conformément aux clauses du présent accord, et, d'autre part, les conditions de temps et de lieu dans lesquelles ils n'appliqueront pas le montant des honoraires qui y sont fixés. Cette communication se fait au moyen de l'application en ligne sécurisée que l'INAMI met à disposition à cette fin au moyen du portail MyInami.

12.3. Tous changements ultérieurs des conditions de temps et de lieu dans lesquelles, conformément aux clauses de l'accord, les médecins visés sous le point 12.2. appliqueront les montants d'honoraires qui y sont fixés, peuvent être appliqués à partir de leur communication au moyen de l'application en ligne sécurisée que l'INAMI met à disposition à cette fin au moyen du portail MyInami.

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

Fait à Bruxelles, le 19 décembre 2017.

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

Les représentants des organismes assureurs.

Doelstelling 2018**in 000
EUR**

Partiële doelstelling artsen 2018	8.440.574
Globale begrotingsdoelstelling 2018	25.449.587

33,17%**Doelstelling 2019****in 000
EUR****Becijfering minimaal bedrag artsen:**

Globale begrotingsdoelstelling 2018	25.449.587
Reële groeicnorm 1,5%	381.744
Normberekening 2019 (exclusief index 2019 en exclusief bijkomende bedragen toegekend buiten de wettelijke groeicnorm)	25.831.331

Minimaal aandeel artsen	33,17%
Bedrag artsen met aandeel 33,17% (exclusief index 2019)	8.568.252

Index <u>hypothese</u> 2019 ^(*)	1,09%
--	-------

(*) Hypothese index honoraria 1 januari 2019: raming planbureau 4/09/2017

Tabel akkoord NCAZ			11-12-2017
In 000 EUR	Toepassing	2018	2019
Beschikbare middelen			
Indexmassa 2018		149.627	149.627
Besparing 2018		-35.862	-35.862
Gereserveerd bedrag 2018		6.126	
Totaal		119.891	113.765
Aanwending middelen			
a) Selectieve indexering			
Artsen honoraria: Indexmassa 1,50%			
	01-01-18	133.598	133.598
1,68% index (meerkost tov 1,50% index)			
KB's met indexclausule	01-01-18	989	989
Raadplegingen huisarts (exclusief bijkomende honoraria dringendheid)	01-01-18	1.567	1.567
Raadplegingen specialist	01-01-18	1.455	1.455
Geen index ipv 1,50%:			
GMD / GMD chronisch zieke (30 euro / 55 euro)	01-01-18	-3.388	-3.388
Genetische onderzoeken (artikel 33)	01-01-18	-900	-900
Dringende technische verstrekkingen (artikel 26)	01-01-18	-1.773	-1.773
Geïntegreerde premie huisartsengeneeskunde	01-01-18	-560	-560
Specifieke verstrekkingen voor niet-geaccrediteerde arts	01-01-18	-2.909	-2.909
Index 1,25% ipv 1,50%			
Klinische biologie (behalve forfaits voorschrift, niet-geaccr. verstr.)	01-01-18	-2.472	-2.472
Medische beeldvorming (behalve niet-geaccr. verstr.)	01-01-18	-3.571	-3.571
b) Maatregelen doelmatige zorg			
Vitamine B12 en foliumzuur	01-06-18	-1.469	-2.518
CT wervelzuil	01-01-18	-2.648	-2.648
c) Andere maatregelen			
Invoeren MOC voor spine wervelkolom (= 7.000 X 185 euro)	01-10-18	324	1.295

Nieuw honorarium trombectomie (= 1.300 X 1.558,46 euro)	01-10-18	557	2.026
Herwaardering raadpleging geaccrediteerde specialist inwendige geneeskunde (verstrekking 102550 => 45,00 euro)	01-04-18	1.091	1.454
OCT	01-01-19		2.000
d) Compensatie 2019			

Objectif 2018 **en 000
EUR**

Objectif partiel médecins 2018	8.440.574
Objectif budgétaire global 2018	25.449.587
	33,17%

Objectif 2019 **in 000
EUR**

Calcul montant minimal médecins :

Objectif budgétaire global 2018	25.449.587
Norme de croissance réelle 1,5%	381.744
Calcul de la norme 2019 (hors index 2019 et hors montants supplémentaires octroyés en dehors de la norme de croissance légale)	25.831.331

Pourcentage minimal médecins	33,17%
Montant médecins avec pourcentage de 33,17 % (hors index 2019)	8.568.252

Hypothèse d'index 2019 ^(*)	1,09%
--	-------

^(*) Hypothèse index honoraires 1^{er} janvier 2019 : estimation bureau du plan 4/09/2017

Tableau accord CNMM			11-12-2017
En 000 EUR	Application	2018	2019
Moyens disponibles			
Masse d'indexation 2018		149.627	149.627
Économies 2018		-35.862	-35.862
Montant réservé 2018		6.126	
Total		119.891	113.765
Utilisation des moyens			
a) Indexation sélective			
Honoraires médecins : masse d'indexation 1,50%	01-01-18	133.598	133.598
1,68 % index (surcoût par rapport à 1,50 % index)			
Arrêtés royaux avec clause d'indexation	01-01-18	989	989
Consultations médecin (à l'exclusion des suppléments d'honoraires pour cas d'urgence)	01-01-18	1.567	1.567
Consultation spécialiste	01-01-18	1.455	1.455
Pas d'index au lieu de 1,50 % :			
DMG/DMG malades chroniques (30 euros/55 euros)	01-01-18	-3.388	-3.388
Examens génétiques (article 33)	01-01-18	-900	-900
Prestations techniques urgentes (article 26)	01-01-18	-1.773	-1.773
Prime intégrée de médecine générale	01-01-18	-560	-560
Prestations spécifiques de médecin non accrédité	01-01-18	-2.909	-2.909
Index 1,25 % au lieu de 1,50 %			
Biologie clinique (sauf forfaits prescription, presc. non accr.)	01-01-18	-2.472	-2.472
Imagerie médicale (sauf presc. non accr.)	01-01-18	-3.571	-3.571
b) Mesures soins efficaces			
Vitamine B12 et acide folique	01-06-18	-1.469	-2.518
CT colonne vertébrale	01-01-18	-2.648	-2.648
c) Autres mesures			
COM pour colonne vertébrale spinale (= 7.000 X 185 euros)	01-10-18	324	1.295

Nouveaux honoraires thrombectomie (= 1.300 X 1.558,46 euros)	01-10-18	557	2.026
Revalorisation de la consultation du spécialiste accrédité en médecine interne (prestation 102550 => 45,00 euros)	01-04-18	1.091	1.454
OCT	01-01-19		2.000
d) Compensation 2019			
Compensation prélèvement montants réservés	01-01-19		-9.880
Total		119.891	113.765