
NATIONAAL AKKOORD ARTSEN-ZIEKENFONDSEN 2021

Krachtens de artikelen 26, 50 en 51 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, heeft de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen (hierna NCAZ) onder het voorzitterschap van de heer Johan DE COCK op 16 december 2020 het navolgende akkoord gesloten voor het jaar 2021.

1. Inleiding

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

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

- de versterking van de samenwerking tussen zorgverleners op alle niveaus en een versterkte betrokkenheid van de patiënt;
- de innovatie van financieringsmechanismen door incentives gericht op het verzekeren van coördinatie van de zorg, het bevorderen van kwaliteits- en gezondheidsdoelstellingen en het wegwerken van ondoelmatige zorg;
- de verdere ontwikkeling van digitale zorg door het creëren van de hiertoe vereiste regelgevende, financiële en kwalitatieve randvoorwaarden;
- het verbeteren van de toegankelijkheid;
- het beheersen van de factoren die bijdragen tot een stijging van de ereloonsupplementen en tot de toename van de druk op de afdrachten van honoraria.

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

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

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

2. Financieel kader

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

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

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

2.2. Indexering van de honoraria

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

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

Het betreft volgende projecten:

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

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

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

De beschikbare indexmassa na bovenstaande projecten bedraagt 92.924 duizend EUR.

Hiervan ligt reeds 10.728 duizend EUR vast via K.B.'s of overeenkomsten:

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

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

Derhalve bedraagt de nog te bestemmen indexmassa 82.196 duizend EUR.

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

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

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

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

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

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

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

2.3. Doelmatige zorg

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

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

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

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

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

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

Het resterende bedrag zal prioritair worden aangewend voor volgende initiatieven:

- verbetering van de sociale bescherming van de ASO/HAIO zonder dat dit mag leiden tot een inkrimping van de netto lonen. Een concreet voorstel zal in overleg met de betrokken organisaties van artsen in opleiding worden uitgewerkt vóór 31 maart 2021 (impact: 10 mio EUR);
- herwaardering toezichthonorarium geriatrie (impact: 5 mio EUR)
- onderzoek van een in een ziekenhuis opgenomen patiënt (599082) (impact: 1,7 mio EUR)
- herwaardering raadpleging pneumoloog (impact: 2 mio EUR)
- uitbreiding en herwaardering van het GMD (impact: 8,8 mio EUR);
- herziening van omschrijving van het bezoek van een arts aan een bewoner verblijvend in een woonzorgcentrum voor bejaarden (impact 4 mio EUR);
- project Prisma (impact: 0,2 mio EUR);
- herwaardering van de anesthesie voor narcodontie bij kinderen en kwetsbare personen (impact: 0,6 mio EUR);
- specifieke maatregelen op het vlak van de toegankelijkheid (impact: 3 mio EUR).

2.4. Meerjarenapproach

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

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

De NCAZ dringt erop aan om rekening houdend met de behoeften een groeipad toe te laten van minstens 2 % per jaar. Dit zou tot gevolg hebben dat een bijkomend bedrag van ca 60 mio EUR in de medische zorg zou kunnen worden geïnvesteerd. De NCAZ is het erover eens dat deze investering conform het regeerakkoord moet worden ingezet voor de uitbreiding van het verzekerd pakket, het verbeteren van de toegankelijkheid, een versterking van de eerste lijn en het bevorderen van

geïntegreerde zorg, het verbeteren van de kwaliteit en het introduceren van innovatie voor de patiënt. Hierbij dient evenwel ook aandacht uit te gaan naar een betere vergoeding van de honoraria bij rechtstreekse patiëntencontacten en praktijkondersteuning voor de taken die verbonden zijn aan de zorg voor chronische patiënten.

3. Specifieke projecten

3.1. Telegeneeskunde

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

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

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

3.1.4. Ook een transversaal project telemonitoring covid wordt begin 2021 gelanceerd.

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

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

3.2. Wachtposten en samenwerkingsverbanden

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

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

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

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

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

3.2.4. Tenslotte moet ook de hervorming van de beschikbaarheidshonoraria worden voorbereid.

3.3. Accreditering

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

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

- het volgen van permanente professionele navorming ter ondersteuning van de PCDA-cyclus van de arts of artsenpraktijk via erkende programma's, opleidingen en e-learning trajecten met betrekking tot relevante wetenschappelijke ontwikkelingen en de prioriteiten vastgesteld in het kader van een EBP-plan;
- de deelname aan peer review in lokale kwaliteitsgroepen gericht op het ontwikkelen van professionele samenwerking en het formuleren van kwalitatieve verbeterprogramma's op groepsniveau;
- het realiseren van algemene of individuele kwaliteitsdoelstellingen gebaseerd op een set indicatoren inzake voorschrijven en behandeling die wordt ontwikkeld samen met experts van de betrokken wetenschappelijke verenigingen.

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

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

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

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

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

3.4. Nomenclatuur

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

- fase 1: herstructurering en aanpassing van de omschrijving van de verstrekkingen;

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

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

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

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

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

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

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

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

3.5. Administratieve vereenvoudiging

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

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

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

3.6. HAIO 's en ASO 's

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

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

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

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

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

3.7. Globaal Medisch dossier (GMD) en praktijkpremie

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

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

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

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

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

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

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

4. Toegankelijkheid

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

4.2. De NCAZ zal de nodige voorstellen uitwerken die moeten toelaten een **grotere transparantie** met betrekking tot het aanrekenen van supplementaire honoraria in de ambulante sector tot stand te brengen. Tegen 30/06/2021 zal de NCAZ een analyse uitvoeren met betrekking tot de aanrekening van supplementen bij verstrekkingen in medisch technische diensten (biologie, beeldvorming, nucleaire diensten en pathologische anatomie). Daarbij zal onderzocht worden of een conventie op labo-niveau mogelijk is.

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

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

4.5. Verhoging conventioneringsgraad

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

Vanuit die bekommernis worden volgende initiatieven voorgesteld:

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

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

4.5.2. In het licht van de onvermijdelijke evolutie naar meer informatisering en dematerialisering van documenten, zal in de schoot van de NCAZ, een oplossing worden gezocht waarbij wat de ambulante sector betreft een evenwicht wordt verzekerd tussen enerzijds de vraag naar transparantie vanwege de verzekeringsinstellingen en anderzijds het vermijden van eenzijdige en niet-overlegde

verplichtingen van de zorgverleners. Hierbij verbinden partijen zich ertoe om in onderling overleg een regeling tot stand te brengen waarbij de verzekeringsinstellingen wat de ambulante sector betreft over het geheel van de aan de verzekerde aangerekende bedragen kunnen beschikken naar aanleiding van terugbetaalbare verstrekkingen van zodra de attestering via papieren getuigschriften wordt vervangen door een elektronisch circuit. In het kader van dit overleg zal worden vastgesteld welk gebruik kan worden gemaakt van de betrokken gegevens, in het licht van de wetgeving op de privacy enerzijds en de wettelijke opdrachten van de verzekeringsinstellingen anderzijds.

5. Andere aandachtspunten

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

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

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

6. Sociaal statuut

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

- 5.088,58 EUR voor de artsen die zijn toegetreden tot het geldende nationaal akkoord artsen–ziekenfondsen voor hun volledige activiteit en die de activiteitsdrempel behalen of die worden vrijgesteld van de voorwaarde inzake activiteitsdrempel,

en

- 2.400,40 EUR voor de artsen die zijn toegetreden tot het geldende nationaal akkoord artsen–ziekenfondsen voor hun volledige activiteit en die de verlaagde activiteitsdrempel behalen en voor de artsen die gedeeltelijk tot dit akkoord zijn toegetreden en die de activiteitsdrempel behalen.

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

7. Correctiemaatregelen

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

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

8. Opvolging van het akkoord

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

9. Toepassingsvoorwaarden van het akkoord

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

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

9.2. Huisartsen

9.2.1. De volledig geconventioneerde zorgverleners

De volledig geconventioneerde huisarts is de huisarts die zijn hele praktijk aan de voorwaarden van dit akkoord onderwerpt en voor wie, behalve wanneer de rechthebbende bijzondere eisen stelt die strikt zijn bepaald in punt 19.2.3., de honorariumbedragen en de reisvergoedingen, vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, op zijn hele praktijk worden toegepast.

9.2.2. De gedeeltelijk geconventioneerde zorgverleners

9.2.2.1. Definitie en toe te passen tarieven

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

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

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

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

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

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

9.2.3. Bijzondere eisen van de rechthebbende

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

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

9.2.3.2. de oproepen van zieken die voor de arts een 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 8 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt dient de arts de patiënt vooraf in te lichten over de financiële gevolgen van de bijzondere eis die door de patiënt wordt gesteld.

9.3. Artsen-specialisten

9.3.1. De volledig geconventioneerde zorgverleners

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

9.3.2. De gedeeltelijk geconventioneerde zorgverleners

9.3.2.1. Definitie en toe te passen tarieven

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

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

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

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

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

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

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

9.3.3. Bijzondere eisen van de rechthebbende

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

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

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

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

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

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

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

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 jaarinkomen het bedrag overschrijdt van:

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

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 ingewonnen.

11. Duur van het akkoord

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

11.2. Opzegging

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

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

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

11.2.4. Een representatieve organisatie die de opzegging wenst in te roepen, op basis van de situaties bedoeld in 11.2.1. tot 11.2.3., deelt dit mee met een ter post

aangetekende brief aan de voorzitter van de NCAZ binnen een termijn van 15 dagen nadat zij een van voornoemde situaties vaststelt. In dat geval roept de voorzitter van de NCAZ een vergadering bijeen, waarop de Minister wordt uitgenodigd. Indien tijdens deze vergadering geen overeenstemming wordt gevonden, neemt het akkoord een einde 30 dagen nadat één van deze situaties zich heeft voorgedaan.

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

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

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

12. Formaliteiten

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

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

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

16/12/2020

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

Opgemaakt te Brussel, 16 december 2020

BIJLAGE BIJ HET NATIONAAL AKKOORD ARTSEN - ZIEKENFONDSEN 2021

In 000 EUR	Toepassing	Jaarbasis
Beschikbare middelen		
Artsen honoraria: Indexmassa 2021	01-01-21	94.569
Dialyse: Indexmassa 2021	01-01-21	4.644
LVZ: indexmassa 2021 (deel artsen)	01-01-21	3.500
NAAZ 2020: beschikbaar bedrag maatregel toezicht (herwaardering fase 1)	01-01-21	2.660
Totaal		105.373
Aanwending middelen		
a) Selectieve indexering		92.924
Klinische biologie	01-01-21	13.523
Index: 0,80%		
Forfaitaire honoraria per voorschrift: 1,01%		
Medische beeldvorming	01-01-21	11.321
Index: 0,80%		
Raadplegingen, bezoeken en adviezen	01-01-21	31.484
Index: 1,01%		
Zorgtrajecten 1,01%		
GMD: index 1,25% (naar 32,00 euro)		
Technische verstrekkingen art. 3: 0,84%		
Speciale verstrekkingen	01-01-21	12.690
Index: 0,84%		
Genetic counseling, MOC en overeenkomsten complexe chirurgie: 1,01%		
Heelkunde	01-01-21	10.539
Artikel 12 Anesthesiologie: index 0,90%		
Artikel 13 Reanimatie: index 0,90%		
Artikel 14 heelkunde: index 0,90%		
met uitzondering van l) stomatologie (speciale verstrekkingen: index 0,84%)		
en g) Gynaecologie en verloskunde (Gynaecologie: index 0,84%)		
Overeenkomsten borstreconstructie en complexe chirurgie: 1,01%		
Gynaecologie	01-01-21	532
Index: 0,84%		
Toezicht	01-01-21	4.106
Index: 0,84%		
Honoraria buiten nomenclatuur	01-01-21	1.105
Index: 1,01%		
Beschikbaarheidshonoraria en medisch advies palliatieve patiënten: 1,01%		

Geïntegreerde premie huisartsengeneeskunde: geen index Kwaliteitscontrole: 0,80%		
Dialyse		
Index: 1,01%	01-01-21	4.644
LVZ		
Index (deel artsen)	01-01-21	2.980
b) Initiatieven		12.449
Fysische geneeskunde en revalidatie		4.886
Herwaardering toezichthonoraria daghospitaal oncologie en reumatologie (fase 2)		3.310
Toezicht op een in een dienst D opgenomen zieke	01-01-20	2.660
Andere projecten (intra-operatieve neuromonitoring en tele-oftalmologie)		1.392
Technische correcties		201
Totaal		105.373

In 000 EUR	Toepassing	Jaarbasis
Doelmatige zorg		
Maatregelen doelmatige zorg		-40.000
Totaal		-40.000
Aanwending middelen		
In het akkoord 2020 voorziene besparing		4.700
Verbetering van de sociale bescherming van de ASO/HAIO		10.000
Herwaardering toezichthonoraria geriatrie		5.000
Onderzoek van een in een ziekenhuis opgenomen patiënt (599082)		1.700
Herwaardering raadpleging pneumoloog		2.000
Bezoek in een woonzorgcentrum voor bejaarden		4.000
Herwaardering en uitbreiding GMD		8.800
Project Prisma		200
Herwaardering van de anesthesie bij narcodontie bij kinderen en kwetsbare personen		600
Specifieke maatregelen voor kwetsbare personen		3.000
Totaal		40.000