

FEDERALE OVERHEIDSDIENST MOBILITEIT EN VERVOER

[2007/14362]

Mobiliteit en Verkeersveiligheid

Erkenning van scholen voor het besturen van motorvoertuigen

Bij toepassing van het koninklijk besluit van 11 mei 2004, tot vaststelling van de voorwaarden voor erkenning van scholen voor het besturen van motorvoertuigen, heeft de Minister van Mobiliteit de volgende erkenning van rijkschool, exploitatievergunning van vestigingseenheid en goedkeuring van oefenterreinen afgeleverd :

SERVICE PUBLIC FEDERAL MOBILITE ET TRANSPORTS

[2007/14362]

Mobilité et Sécurité routière

Agrément des écoles de conduite de véhicules à moteur

Par application de l'arrêté royal du 11 mai 2004, relatif aux conditions d'agrément des écoles de conduite de véhicules à moteur, le Ministre de la Mobilité a délivré l'agrément de l'école de conduite, l'autorisation d'exploitation d'unité d'établissement, et l'approbation de terrain d'entraînement suivant :

1. Numéro d'agrément de l'école de conduite	1. Numéro de matricule de l'unité d'établissement	1. Numéro matricule du terrain d'entraînement
2. Date de l'agrément	2. Date de l'autorisation d'exploiter l'unité d'établissement	2. Date de l'approbation du terrain d'entraînement
3. Nom et adresse du siège social de l'école de conduite	3. Adresse du local destiné à l'administration	3. Adresse du terrain d'entraînement
4. Dénomination commerciale de l'école de conduite	4. Adresse du local de cours	4. Catégories d'enseignement autorisées
1. Erkenningsnummer van de rijkschool	1. Stamnummer van de vestigingseenheid	1. Stamnummer van het oefenterrein
2. Erkenningsdatum	2. Datum van de exploitatievergunning van de vestigingseenheid	2. Goedkeuringsdatum van het oefenterrein
3. Naam en adres van de maatschappelijke zetel van de rijkschool	3. Adres van het voor de administratie bestemde lokaal	3. Adres van het oefenterrein
4. Commerciële naam van de rijkschool	4. Adres van het leslokaal	4. Toegestane onderrichtscategorieën
1. 2549	1. 2549/01	1. T0089
2. 07.12.2007	2. 07.12.2007	2. 07.12.2007
3. Rijkschool Fury BVBA Lammerdries 2 2440 Geel	3. Lammerdries 2 2440 Geel	3. Lammerdries 2 2440 Geel
4. Rijkschool Fury	4. Lammerdries 2	4. A, B, C, D, E

De erkenning van de rijkschool 3000, « Rijkschool Fury BVBA Lammerdries 2, 2440 Geel » is ingetrokken.

L'agrément de l'école de conduite 3000, « Rijkschool Fury BVBA, Lammerdries 2, 2440 Geel » est retiré.

FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID

[C - 2008/22000]

Nationaal Akkoord Geneesheren-Ziekenfondsen 2008

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 geneesheren-ziekenfondsen (NCGZ) onder het voorzitterschap van de heer Johan DE COCK op 20 december 2007 het volgende akkoord gesloten :

1. PARTIELE BEGROTINGSDOELSTELLING 2008

De Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen neemt kennis van het bedrag van de partiële begrotingsdoelstelling 2008 dat door de Algemene raad is vastgesteld op 6.094.825 duizend euro. Hierin is een indexmassa vervat van 95,85 miljoen euro alsook een financiële marge beschikbaar van 82,66 miljoen euro voor nieuwe initiatieven. Deze marge voor nieuwe initiatieven wordt nog aangevuld met 7,78 miljoen euro die wordt vrijgemaakt binnen de partiële begrotingsdoelstelling van 6.094.825 duizend euro, een bedrag van 0,14 miljoen euro ingevolge een transfer uit het budget implantaten en een bedrag van 0,12 miljoen ingevolge een transfer uit de honoraria nierdialyse. Het te verdelen bedrag voor nieuwe initiatieven wordt aldus bepaald op 90,70 miljoen euro.

Het oorspronkelijk bedrag, toegewezen door de algemene raad wordt voor 1/3 gereserveerd voor de huisartsen en 2/3 voor de specialisten. De toegevoegde bedragen worden toegewezen aan de deelgroep waaruit ze afkomstig zijn.

2. HONORARIA 2008 : INDEXERING EN HERWAARDERING

Hoewel dit akkoord, gelet op de omstandigheden, slechts een duurtijd heeft van één jaar, bevestigt de NCGZ de noodzaak om in een meerjarenperspectief verder te werken aan de ondersteuning en bevordering van de huisartsgeneeskunde enerzijds en aan een betere waardering voor bepaalde disciplines in de specialistische geneeskunde met een beperkt aandeel aan technische verstrekkingen anderzijds, onverminderd de noodzaak om de nomenclatuur aan te passen aan de medische evolutie.

De NCGZ roept ook het beleid op, om in overleg met de commissie, prioritaire aandacht te besteden aan punt 18. van het akkoord.

De Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen heeft beslist tot een eerste fase van herijking van de nomenclatuur van de geneesheren-specialisten door de uitgaven in bepaalde sectoren te beperken om bijkomende middelen vrij te maken ten voordele van de psychiatrie, kinderspsychiatrie, geriatrie, reumatologie, pediatrie, algemene interne, oncologie, endocrinologie en hematologie. Deze inspanning bedraagt 29,5 miljoen euro. De partijen verbinden zich er toe voor de vier volgende jaren binnen de partiële begrotingsdoelstelling tenminste hetzelfde bedrag vrij te maken voor nieuwe initiatieven in deze sectoren.

Projecten	2008 Begroting (€ duizend)
1. Indexeringen	
1.1. H08/01 Huisartsen De honoraria, zoals ze waren vastgesteld op 31 december 2007 worden lineair geïndexeerd met 1,62% op 1 januari 2008.	17.135,4
1.2. H08/02 Specialisten De honoraria, zoals ze waren vastgesteld op 31 december 2007 worden lineair geïndexeerd met 1,62 % op 1 januari 2008, met uitzondering van de stomatologie, de radio-radiumtherapie, de nucleaire geneeskunde, de pathologische anatomie, de fysiotherapie, de klinische biologie, de medische beeldvorming en de honoraria van de chronische nierdialyse, die geïndexeerd worden met 1,52 % en met uitzondering van de percutane verstrekingen, de genetische onderzoeken, de electrocardiografische onderzoeken en de verstrekingen met specifieke nomenclatuurcodes voor niet-geaccrediteerde geneesheren-specialisten, die niet worden geïndexeerd.	72.153,6
Totaal indexering	89.289
2.1. Honoraria van de huisartsen De maatregelen treden in werking op 1 januari 2008	2008 Begroting (€ duizend)
2.1.1. H08/03 Herwaardering met 2 % van 101076, 102410,102432 alsook van de bezoeken en verhoogde bezoeken	17.564,5
2.1.2. H08/04 Opwaardering GMD honorarium tot 25,67 euro	1.134
2.1.3. H08/05 Begeleiding door de huisarts in ambulance	45
Totaal huisartsen	18.743,5
2.2. Honoraria van de geneesheren- specialisten De maatregelen treden in werking op 1 januari 2008	2008 Begroting (€ duizend)
2.2.1. H08/06 Herwaardering basisconsultatie specialist (102535) met 2 %	4.816,9
2.2.2. H08/07 Psychiatrie – Pedopsy – Herwaardering toezicht in K (codes 598861, -883, -905, -920, -942) met 30 %	1.050,6
2.2.3. H08/08 Pediatrie – Herwaardering toezicht NIC (+50 %) (codes 596223, -245, -260, -326, -341, -363)	1.540,4
2.2.4. H08/09 Gynaecologie – Verdubbeling honorarium bevalling	3.000
2.2.5. H08/10 Pediatrie - Klinisch onderzoek in dienst N* (codes 596024, -046, -061, -120, -142, -164)	1.967
2.2.6 H08/11 Psychiatrie – Herwaardering toezicht in A (codes 598161, -426, -441, -463, -485) met 15 %	4.634,3
Totaal geneesheren-specialisten	17.009,2
TOTAAL HONORARIA 2008	35.752,7

3. NOMENCLATUUR 2008 (bijlage aan het koninklijk besluit van 14 september 1984)

Projecten Akkoord 2006-2007	2008 Aanvullend begroting (€ duizend)
N0607/00 Herstructurering en herwaardering van de urgentiegeneskunde	PM
N0607/10 Oncologische heeskunde – Hoofd en hals Partim «Hoofd en hals»: Bijkomende begroting gevraagd	630
N0607/13 Microbiologie – Nomenclaturisering «Actualisering van artikel 24»	3.750
TOTAAL	4.380

Projecten Akkoord 2008	2008 Begroting (€ duizend)
1. Projecten voor huisartsen	2008 Begroting (€ duizend)
N08/HA/00 Bezoek aan gehospitaliseerde patiënt	105
N08/HA/01 Afschaffing remgeld huisbezoek bij palliatieve patiënt in ROB-RVT	PM
N08/HA/02 Wondhechting	438,7
Totaal nomenclatuur voor huisartsen	543,7
2. Projecten voor geneesheren-specialisten	2008 Begroting (€ duizend)
N08/GS/00 Specialisten – Herwaardering medisch oncologen, hematologen, endocrinologen	5.000
N08/GS/01 Reumatologie – Consultatie artritiszorg	2.750
N08/GS/02 Algemeen Internist – Nieuwe verstrekking eerste consultatie trouble shooting	3.000
N08/GS/03 Psychiatrie – Pedopsy – Verhoging aantal zittingen psy evaluatie (code 109410)	1.090
N08/GS/04 Psychiatrie – Pedopsy – Pluridisciplinair overleg	1.874
N08/GS/05 Psychiatrie – Multidisciplinair + psychogeriatric + crisisopvang + SGA De Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen verzoekt de Technische geneeskundige raad om uiterlijk 30/09/2008 een geheel van voorstellen uit te werken inzake psychiatrie, meer bepaald wat de crisisopvang en het pluridisciplinair overleg in het ziekenhuis betreft, de toezichtshonoraria in Sp-psychogeriatric dienst van algemene en categorale ziekenhuizen alsmede de honorering voor de verhoogde medische omkadering in intensieve behandel-eenheden voor Sterk gedragsgestoorde en/of agressieve patiënten.	PM
N08/GS/06 Psychiatrie – Herwaardering toezicht Sp -psychogeriatric in AZ tot niveau andere Sp in AZ	55
N08/GS/07 Pediatrie – Optrekken honorarium neuro-pediater tot dat van neuroloog	234
N08/GS/08 Pediatrie – Toezicht overbrenging NIC (prestatie 599303 *6)	107,8
N08/GS/09 Pediatrie – Stabilisatiehonorarium bij overbrengen neonatus onder nCPAP	141
N08/GS/10 Pediatrie – nCPAP in NIC en N*	- 621,7
N08/GS/11 Pediatrie – Diepe veneuze katheter	135
N08/GS/12 Geriatric – Beperking 102233 opheffen	186
N08/GS/13 Geriatric – Teamconsult via liaison bij patiënten buiten G-afdeling	989
N08/GS/14 Stomatologie – Opheffen immuniteit 1ste 5 dagen voor verstrekkingen ≥ K 225	420,4
N08/GS/15 Algemene speciale verstrekkingen – Hyperbare zuurstoftherapie Aan het KCE wordt een HTA gevraagd	PM
N08/GS/16 Algemene speciale verstrekkingen – Lumbale punctie	470
N08/GS/17 Algemene speciale verstrekkingen – Wondhechting	467,8
N08/GS/18 Heelkunde – Plastische chirurgie (reconstructieve borstchirurgie)	115
N08/GS/19 Heelkunde – Senologie (techniek sentinelklier)	486

Projecten Akkoord 2008	2008 Begroting (€ duizend)
N08/GS/20 Heelkunde – Robotheelkunde	200
N08/GS/21 Heelkunde – Intravitale injectie bij Age-Related Macular Degeneration (ARMD)	1.862,5
N08/GS/22 Medische beeldvorming – Abdominale overzichtsecho voor internisten (connex)	983
N08/GS/23 Medische beeldvorming – Colono CT	502
N08/GS/24 Medische beeldvorming – Coronario CT	1.260
N08/GS/25 Medische beeldvorming – Osteodensitometrie	2.518,6
N08/GS/26 Inwendige geneeskunde – Doppler controle van de hemodialyse-shunt	PM
N08/GS/27 Inwendige geneeskunde – EBUS endobronchiale echografie	293
N08/GS/28 Inwendige geneeskunde – Terugbetaling tests door allergologen pneumologie	1.474
N08/GS/29 Inwendige geneeskunde – Ph- en impedantiemeting slokdarm	190
N08/GS/30 Inwendige geneeskunde – Plasmaferese	1.500
N08/GS/31 Biologie – Hematologie-transfusie-serologie-immunologie	3.175
N08/GS/32 Biologie – IUI intrauteriene inseminatie : uitvoeren spermacapacitatie	1.639,2
N08/GS/33 Gynaecologie – IUI intrauteriene inseminatie na uitvoeren spermacapacitatie	724
N08/GS/34 Anatomopathologie – HPV cervix	1.061,7
Totaal nomenclatuur voor geneesheren-specialisten	34.282,3
TOTAAL NOMENCLATUUR 2008	39.206

4. ANDERE PROJECTEN

Projecten	2008 Begroting (€ duizend)
1. Zorgtrajecten	PM
2. Praktijkondersteuning (zie punt 9)	7.113,4
3. Disponibiliteitshonorarium (zie punt 11.1.1.)	674,9
4. Experiment beschikbaarheid (zie punt 11.1.2.)	4.000
5. Vergoeding GMD voor palliatieve patiënt	413
6. Inwendige geneeskunde- Leverdialyse via overeenkomst	100
7. Disponibiliteit geneesheren-specialisten – uitbreiding tot 10 basis specialismen (zie punt 11.2)	9.816,5
8. Medisch advies bij palliatieve patiënten	180
TOTALE ANDERE PROJECTEN	22.297,8

5. KLINISCHE BIOLOGIE

5.1. De Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen stelt voor de globale begroting van de financiële middelen van de klinische biologie voor 2008 op 1.035.880 duizend euro vast te stellen. Zijn in deze globale begroting niet inbegrepen : de artikelen 24^{bis} en 33^{bis} van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

5.2. De Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen adviseert aan de Minister van Sociale Zaken de procedure voorzien bij het artikel 59 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 te wijzigen, zodat de vastlegging van de enveloppes kan gebeuren door de Algemene raad.

6. MEDISCHE BEELDVORMING

6.1. De Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen stelt voor de globale begroting van de financiële middelen van medische beeldvorming voor 2008 op 802.397 duizend euro vast te stellen. Zijn in deze globale begroting niet inbegrepen : de artikelen 17^{ter} en 17^{quater} van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

6.2. Het budget medische beeldvorming dat toegekend wordt per opname wordt in 2008 verdeeld overeenkomstig de beslissing van de NCGZ van 26 november 2007.

6.3. De Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen belast een werkgroep om, gelijklopend met de inwerkingtreding van het nomenclatuur coronaro en colono CT, tegen 30 september 2008 volgende maatregelen uit te werken :

6.3.1. stimulansen voor de responsabilisering van de voorschrijvers van medische beeldvorming, met name door concrete initiatieven op het vlak van informatie en communicatie over de guidelines door middel van informatica-ondersteuning;

6.3.2. evaluatie van de forfaitaire honoraria in de ambulante sector;

6.3.3 een financieringsmethode die een meer uniforme uitvoering van de voorschriften toelaat, gebaseerd op objectieve en controleerbare parameters in het domein van de medische beeldvorming zowel voor de ziekenhuis-sector als voor de ambulante sector.

6.4. De Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen adviseert aan de Minister van Sociale Zaken de procedure voorzien bij het artikel 69 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 te wijzigen, zodat de vastlegging van de enveloppes kan gebeuren door de Algemene raad.

7. ACCREDITERING

7.1. De Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen verzoekt de TGR om bij de invoering van nieuwe verstrekkingen een uitspraak te doen over het al dan niet voorbehouden van deze verstrekkingen aan de geaccrediteerde artsen.

7.2. Afstandsprogramma's van continue medische opleiding kunnen ertoe bijdragen om via specifieke en innovatieve opleidingstechnieken een kwalitatief hoogstaande dienstverlening te garanderen.

De NCGZ vraagt aan de Stuurgroep accreditering een duidelijk kader te creëren voor een correcte ontwikkeling van deze programma's, met blijvende aandacht voor het behoud van onafhankelijke leerinhouden.

7.3. De NCGZ geeft opdracht aan de accrediteringsstuurgroep om in de accrediteringsvoorwaarden te voorzien dat minstens gedurende de cyclus van 3 jaar, een LOK-vergadering wordt gewijd, voor de betrokken disciplines, aan het doelmatig voorschrijven van klinische biologie, medische beeldvorming, anatomopathologie en geneesmiddelen.

Hiertoe zal het RIZIV de nodige profielgegevens ter beschikking stellen alsook middelen voor de opleiding van animatoren.

7.4. Het forfaitair accrediteringshonorarium wordt geïndexeerd op 1 januari 2008 (556 €).

8. GLOBAAL MEDISCH DOSSIER

Het honorarium voor het globaal medisch dossier (102771 en 102793) wordt vanaf 01/01/2008 verhoogd tot 25,67 euro (project H 08/04).

9. PRAKTIJKONDERSTEUNING HUISARTSGENEESKUNDE

Vanaf 2008 wordt een jaarlijkse tegemoetkoming ter ondersteuning van de huisartspraktijk toegekend aan erkende huisartsen die ingeschreven zijn in de wachtdienst, georganiseerd door de erkende huisartsenkring, en die een activiteit hebben die tenminste 1.250 raadplegingen en/of huisbezoeken per jaar bedraagt.

Hiertoe wordt rekening gehouden enerzijds met de activiteitsgegevens van het tweede jaar dat het jaar van toekenning voorafgaat – behoudens voor de erkende huisartsen tijdens de eerste twee jaren van hun vestiging –; anderzijds met de vaststelling dat voor het jaar dat het jaar van toekenning voorafgaat tenminste eenmaal een beschikbaarheidshonorarium werd toegekend of met melding van de inschrijving in de wachtdienst aan het Instituut.

Deze tegemoetkoming komt in de plaats van de basisvergoeding als tussenkomst in de administratieve uitgaven verbonden aan het beheer van een globaal medisch dossier.

Voor het jaar 2008 bedraagt de jaarlijkse tegemoetkoming 1.000 euro.

10. ZORGTRAJECTEN

10.1. De Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen verbindt zich om de zorgtrajecten operationeel te maken tegen ten laatste 1 januari 2009 voor patiënten met diabetes type 2 en voor patiënten met chronische nierinsufficiëntie. Bij de operationalisering wordt rekening gehouden met de volgende principes :

10.1.1. de behandelingsdoelstellingen worden vastgesteld op basis van wetenschappelijk gefundeerde aanbevelingen;

10.1.2. de engagementen van de patiënt, de huisarts en de geneesheer-specialist worden vastgelegd in een zorgtrajecten-contract dat door de drie partijen wordt aangegaan voor een periode van drie jaar en wordt megedeeld aan de verzekeringsinstelling van de patiënt;

10.1.3. de rol van de huisarts en de geneesheer-specialist in de zorgtrajecten wordt gevaloriseerd door een specifiek jaarlijks honorarium, dat in hoofdzaak dient ter ondersteuning van het teamwerk, het overleg en de communicatie tussen de zorgverleners;

10.1.4. de patiënt wordt aangemoedigd door het toekennen van een remgeldvoordeel : afschaffing van het persoonlijk aandeel bij de huisarts en een remgeldvermindering bij de geneesheer-specialist; de aanvaarding van het zorgtraject door de verzekeringsinstelling kan het recht op tussenkomst van de ziekteverzekering in andere prestaties tot gevolg hebben.

10.2. De Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen vraagt dat begeleidende en ondersteunende maatregelen worden uitgewerkt voor een optimale toepassing van het zorgtrajecten – systeem :

10.2.1. verbetering en verruiming van het gebruik van ICT-toepassingen door de zorgverleners, in het bijzonder in hun onderlinge communicatie, in hun relaties met de verzekeringsinstellingen en voor de evaluatie van de zorgtrajecten, met inbegrip van de ter beschikkingstelling of uitwerking van een beveiligde technische infrastructuur voor de communicatie van de gegevens en van een structuur voor het organisatorisch beheer van de gegevensmededeling;

10.2.2. stimulering van loco-regionale initiatieven ter bevordering van samenwerking tussen zorgverleners, in een eerste fase via financieringsovereenkomsten van bepaalde duur;

10.2.3. uitwerking en implementatie van een globaal communicatieplan over de zorgtrajecten;

10.2.4. vlot toegankelijk maken van specifieke zorg (bijvoorbeeld diabeteseducatie, materialen).

10.3. De Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen zal het zorgtrajecten-systeem voor de patiënten met diabetes type 2 en die met chronische nierinsufficiëntie evalueren.

10.4. De Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen zal haar beleid rond de zorgtrajecten verder ontwikkelen en daarbij nagaan of het systeem kan worden uitgebreid naar patiënten met de volgende pathologieën : COPD en astma, chronisch hartfalen, osteoporose, psychiatrische aandoeningen. Ook zal nagegaan worden of zorgtrajecten kunnen uitgewerkt worden voor kwetsbare ouderen en kankerpatiënten. Zonodig zullen reeds voorbereidende experimenten worden opgezet.

11. PERMANENTIE EN BESCHIKBAARHEID

11.1. Permanentie, wachtdiensten en de beschikbaarheid van de huisartsen :

De NCGZ is zich bewust van de noodzaak om een goed evenwicht te vinden tussen de sociale vraag naar een grotere beschikbaarheid van de huisartsen enerzijds, en de verwachtingen van de betrokken zorgverleners betreffende de uitoefening van hun beroep anderzijds.

De NCGZ is van oordeel dat de toekomstige ontwikkeling van performante wachtdiensten in dat verband een essentieel element vormt. Onverminderd de noodzaak van die ontwikkeling moeten adequate maatregelen worden genomen opdat de medische beschikbaarheid voor de patiënten behouden blijft en de toewijding van de zorgverleners op een gepaste manier wordt gevaloriseerd.

De NCGZ is eveneens van mening dat die medische beschikbaarheid van de huisartsen des te meer is aangewezen indien de huisarts een centrale rol kan spelen, meer bepaald voor de coördinatie van de eerste lijn in het raam van de behandeling van de patiënten, wat in het bijzonder het geval is voor de patiënten die hun GMD bij die huisarts hebben.

Concreet worden de volgende maatregelen genomen bij wijze van experiment :

11.1.1. uitbreiding van de beschikbaarheidshonoraria van 20 uur tot 19 uur;

Voor de raadplegingen die in dat kader gebeuren vanaf 19 uur tot 21 uur, mag een wachttoeslag van twee euro worden aangerekend; deze toeslag zal door de ZIV ten laste worden genomen;

11.1.2. tegelijkertijd :

11.1.2.1. onverminderd de noodzaak dat het medisch dossier toegankelijk kan worden gemaakt en kan worden gedeeld in het raam van de wachtdiensten en dat die wachtdiensten kunnen worden opgericht, enerzijds eventueel vanaf 18 uur en anderzijds op een algemene en evenwichtige wijze over gans het land en

11.1.2.2. teneinde de mogelijkheid te garanderen van een medische huisartsenpermanentie ten gunste van de patiënten, en meer bepaald voor de patiënten met GMD bij die huisarts, gelet op de specifieke rol inzake coördinatie die de huisarts in dat kader vervult;

11.1.2.3. de huisarts die bij een wachtdienst is ingeschreven, mag een permanentietoeslag aanrekenen, voor een maximumbedrag van 2 euro, voor de raadplegingen die gebeuren tussen 18 uur en 21 uur;

11.1.2.4. voor de GMD-patiënt die de huisarts raadpleegt die toegang heeft tot de gegevens van zijn GMD mag de permanentietoeslag worden aangerekend, maar deze zal voor 100 % ten laste zijn van de ZIV;

11.1.3. in het raam van dit experiment zullen voorlopige codenummers worden opgesteld door de NCGZ, teneinde die verstrekkingen inzake permanentie, GMD of niet, of die in het raam van een wachtdienst zijn verricht, te identificeren;

11.1.4. de maatregelen 1 en 2 zullen bij wijze van experiment worden uitgevoerd gedurende de periode van 1 juli 2008 tot 30 juni 2009;

11.1.5. in de loop van 2009 zal de NCGZ de weerslag van die maatregelen evalueren op grond van de beschikbare gegevens. Bij die evaluatie zal met verschillende elementen rekening worden gehouden : de specificiteit van de praktijk, geografische spreiding, karakteristieken van de patiënten, relatief aandeel van de avondverstrekkingen gedurende de wachtdiensten en buiten de wachtdiensten, relatief aandeel van de verstrekkingen overdag, 's avonds en 's nachts,...

Op basis van die evaluatie zal de NCGZ beslissen over de opties voor de toekomst;

11.1.6. teneinde een goede communicatie mogelijk te maken tussen de door de huisartsenkringen georganiseerde wachtdiensten en de permanenties die zijn bedoeld in punt 11.1.2.2, verbindt de huisarts er zich toe aan zijn huisartsenkring zijn permanenties tussen 18 en 21 uur mee te delen. De kringen moeten op de gepaste wijze die informatie meedelen aan de bevolking en aan de verzekeringsinstellingen;

11.1.7. de in punt 11.1.2.3 bedoelde permanentie-uren mogen niet in aanmerking worden genomen in het raam van een partiële toetreding tot de overeenkomst.

11.1.8. de verzekeringsinstellingen verbinden zich ertoe hun leden te informeren over de doelstellingen en de praktische regeling van dit experiment.

11.2. Permanentie en beschikbaarheid van de geneesheren-specialisten :

De maatregelen inzake beschikbaarheidshonoraria voor geneesheren-specialisten, zoals goedgekeurd door het Verzekeringscomité van 19 maart 2007, zullen worden uitgebreid tot alle geneesheren-specialisten bedoeld in artikel 10 van het KB van 27 april 1998 tot vaststelling van de normen waaraan een « gespecialiseerde spoedgevallenzorg » moet voldoen om erkend te worden.

12. KWALITEIT, INFORMATIE EN PROFIELEN

De partners gaan ermee akkoord dat de bevoegde profielencommissies voor de huisartsen en de geneesheren-specialisten via een communicatie en informatie van hoge kwaliteit :

12.1. feedbacks zullen ontwikkelen in samenwerking met de structuren en de betrokken beroepsgroepen, bijvoorbeeld met de LOK's, de paritaire comités, de wetenschappelijke organisaties en de colleges zodat de verstrekte informatie beantwoordt aan de verwachtingen van de geneesheren.

De dienst zal aan de profielencommissies een werkplan voorstellen of dit op hun verzoek opstellen samen met een analysemethode die gebaseerd is op een vergelijking van de databanken en op de medewerking van de geneesheren van de bestudeerde discipline;

12.2. met de bestaande structuren (Technische Raad, Accreditingsstuurgroep, CNPQ-NRKP, Comité voor de Evaluatie van de Medische Praktijk inzake Geneesmiddelen...) specifieke relaties zullen opbouwen om de informatie en de acties voor de zorgverleners te coördineren in een coherent programma.

13. ADMINISTRatieve VEREENVOUDIGING

De Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen engageert zich om, uiterlijk tegen 30 juni 2008 tenminste de volgende concrete stappen betreffende administratieve vereenvoudiging te nemen :

13.1. concretisering van de conclusies van het overlegplatform NCGZ/Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen, inzonderheid :

13.1.1. het uitbreiden van de bepaling « uitbreiding van de geldigheidsduur » van de d- en b- machtigingen tot alle specialiteiten die in een zelfde § van het hoofdstuk IV zijn opgenomen, zelfs als de specialiteiten verschillende actieve bestanddelen hebben, en het hergroeperen in diezelfde paragrafen van de verschillende specialiteiten die voor dezelfde indicaties (ziekte van Parkinson, epilepsie, ...) mogen worden terugbetaald;

13.1.2. een procedure invoeren voor een automatische verlenging van de toelatingen van model «d», aangezien een toelating van model «d» altijd de behandeling betreft van een chronische aandoening en het enige criterium dat noodzakelijk is om de hernieuwing ervan toe te staan, de wil is van de behandelend geneesheer om het gebruik ervan te verlengen;

13.1.3. het ontwikkelen van een project, waarmee de geneesheren officiële gestandaardiseerde formulieren online zouden kunnen indienen; als proefproject in 2008 zullen de reumatologen de terugbetalingsaanvragen voor de anti-TNF-geneesmiddelen online kunnen indienen.

13.1.4. Groepspraktijken, zoals bedoeld bij het Koninklijk besluit van 3 mei 1999 betreffende de groepspraktijken van huisartsen, kunnen zich melden bij het RIZIV, zodat zonder bijkomende aanduiding, op het getuigschrift van verstrekte hulp (G-stempeltje), het remgeldvoordeel aan de patiënt kan worden toegekend;

13.1.5. Vereenvoudiging huisartsen nomenclatuur - artikel 2 - gebaseerd op de voorstellen van de Technische geneeskundige raad;

13.1.6. Chronische medicatie : in het kader van het Overleg Platform CTG - NCGZ zal een uitbreiding van het principe van de multiplicator worden onderzocht met het oog op het vereenvoudigen van het voorschrijven van medicatie voor de chronisch zieken.

14. INFORMATISERING

De NCGZ wenst actief betrokken te worden bij de ontwikkeling van Be-Health en bij de projecten inzake elektronisch voorschrijven van geneesmiddelen en inzake de registratie van medische gegevens. Zij nodigt de TGR uit om de nomenclatuur aan te passen om het elektronisch voorschrijven of attesteren van medische verstrekkingen mogelijk te maken.

14.1. Met het oog op onder meer het bevorderen van administratieve vereenvoudiging en het verbeteren van de toegankelijkheid van de zorgen, verbinden de partijen er zich toe om stapsgewijs een systeem te ontwikkelen van :

14.1.1. een beveiligde elektronische communicatie van reglementair vereiste sociaal-administratieve en medische gegevens of documenten tussen de artsen en de (adviserend geneesheren van de) verzekeringsinstellingen en;

14.1.2. elektronische facturering van ambulante verstrekkingen in toepassing van de derdebetalersregeling. Daarbij zal de mogelijkheid worden onderzocht om de derdebetalersregeling via elektronische facturering ook mogelijk te maken voor verstrekkingen die thans zijn uitgesloten.

14.2. De NCGZ verzoekt de Technische geneeskundige Raad om de mogelijkheid te onderzoeken van een elektronische participatie van de huisarts in het Multidisciplinair Oncologisch Consult met het oog op toepassing ervan vanaf 2009.

15. SOCIAAL STATUUT

15.1. Met het oog op het vergroten van de aantrekkingskracht van de toetreding tot het akkoord adviseert de NCGZ dat :

15.1.1 het bedrag van het sociaal statuut voor het jaar 2008 wordt vastgesteld op 3.595,10 euro voor de geneesheren die van rechtswege geacht worden tot onderhavig akkoord te zijn toegetreden voor hun volledige beroepsactiviteit;

15.1.2. het bedrag van het sociaal statuut voor het jaar 2008 wordt vastgesteld op 1.935,13 euro voor de geneesheren die binnen de dertig dagen na de bekendmaking van dit akkoord in het *Belgisch Staatsblad* aan de NCGZ de voorwaarden inzake tijd en plaats hebben meegedeeld waaronder zij overeenkomstig de bedingen van dit akkoord de daarin vastgestelde honorariumbedragen respectievelijk wel en niet zullen toepassen, en waarbij de beroepsactiviteit uitgeoefend overeenkomstig de bedingen van het akkoord aan de volgende minima beantwoordt :

15.1.2.1 voor de huisartsen :

15.1.2.1.1. ofwel raadplegingen in de spreekkamer die tenminste tien uren per week omvatten, verdeeld over tenminste drie dagen;

15.1.2.1.2. ofwel raadplegingen in de spreekkamer die tenminste drie vierde van de wekelijkse beroepsactiviteit omvatten;

15.1.2.2. voor de geneesheren-specialisten die hun beroepsactiviteit geheel of gedeeltelijk uitoefenen in een verplegingsinrichting :

15.1.2.2.1. ofwel tenminste vijftientig uren per week;

15.1.2.2.2. ofwel tenminste drie vierde van de beroepsactiviteit;

15.1.2.3. voor de geneesheren-specialisten die hun beroepsactiviteit uitsluitend buiten een verplegingsinrichting uitoefenen :

15.1.2.3.1. ofwel raadplegingen in de spreekkamer die tenminste twintig uren per week omvatten;

15.1.2.3.2. ofwel raadplegingen in de spreekkamer die tenminste drie vierde van de beroepsactiviteit omvatten.

15.2. De NCGZ stelt voor een toekenning van de RIZIV-bijdrage te koppelen aan een bepaalde minimum activiteit.

De NCGZ zal een concreet voorstel formuleren op basis van een analyse van de prestatie- en voorschrijfgegevens van de geneesheer, ongeacht van zijn/haar statuut.

15.3. De NCGZ stelt voor aan de voogdijoverheid artikel 54 van de GVVU-wet aan te vullen met een bepaling die de Koning toelaat het bedrag van de RIZIV-bijdrage terug te vorderen ten overstaan van artsen die de termen van het akkoord niet naleven.

16. DERDEBETALERSREGELING

De facultatieve derdebetalersregeling is op hun verzoek toegankelijk voor de geneesheren die niet tot het akkoord zijn toegetreden voor zover zij aan het Nationaal Intermutualistisch College te kennen geven dat zij onder dezelfde voorwaarden als de geneesheren met akkoord de tarieven van het akkoord zullen toepassen voor de verstrekkingen die gedekt zijn door de derdebetalersregeling.

17. CORRECTIEMAATREGELEN

Het onderhavige akkoord wordt geacht de bepalingen te bevatten voorzien in artikel 51, § 2, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 en bevat de volgende correctiemaatregelen :

17.1 evenredige selectieve transfer van per handeling betaalde honoraria naar forfaitaire honoraria;

17.2 de voorschrijver meer bewust maken met het oog op een doelgericht voorschrijfgedrag;

17.3 aanpassing van de vergoedingsmechanismen in geval van duidelijk omschreven verstrekkingen waarvan precies en op grond van objectieve analyses zou zijn bewezen dat ze onrechtmatig en op een onverantwoorde manier worden gebruikt;

17.4 bevorderen van een verantwoorde vraag naar en een verantwoord gebruik van de geneeskundige verstrekkingen door de voorlichting, de sturing en een evenwichtige dekking door de verzekering van de verstrekkingen die worden uitgevoerd bij de ambulante en de in een ziekenhuis opgenomen patiënten;

17.5 en/of evenredige selectieve vermindering van de honoraria voor bepaalde diagnostische verstrekkingen die nader zullen worden gepreciseerd door de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen op het moment waarop het nodig is correctiemaatregelen te nemen.

Wat betreft de besparingsmaatregelen bedoeld in de artikelen 18 en 40, § 1, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 en conform de geest van de wet, kunnen de bepalingen van artikel 51, § 2, van genoemde wet enkel van toepassing zijn indien er voorafgaandelijk een dialoog en overleg heeft plaatsgevonden tussen de Minister en de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen.

18. AANBEVELINGEN AAN HET BELEID

18.1. Partijen zijn het eens om bij het beleid aan te dringen om over iedere voorgenomen wijziging van de honorariumsupplementen in ziekenhuizen een overleg te organiseren met de NCGZ teneinde zowel voor patiënten als voor verstrekkers een grotere rechtszekerheid en transparantie te waarborgen. Bovendien is de NCGZ er voorstander van om deze materie via de GvU-wet te regelen.

Verder zal op basis van een analyse van de ziekenhuisfacturen overleg worden gepleegd tussen de partners van de NCGZ.

Ze nemen kennis van de intentie van de minister van sociale zaken om initiatieven te nemen om het KB van 19 maart 2007 wettelijk te bekrachtigen.

18.2. De partijen wensen dat naast de noodzakelijke administratieve vereenvoudiging voor onder meer astma en COPD, eveneens een voorstel tot aanpassing van de regelgeving voor de geneesmiddelen van hoofdstuk II wordt uitgevoerd op basis van de volgende principes :

18.2.1. aanduiding van de klassen : er wordt voorgesteld om het advies van de NCGZ te vragen wanneer de minister het initiatief neemt om geneesmiddelen in hoofdstuk II op te nemen;

18.2.2. aanbevelingen : de aanbevelingen zullen op basis van een voorstel van een driedelige werkgroep van de CTG (samengesteld uit zorgverleners, wetenschappers - academici en vertegenwoordigers van wetenschappelijke verenigingen - en verzekeringsinstellingen) worden uitgewerkt. Behalve in geval van een gemotiveerd unaniem negatief advies van de vertegenwoordigers van één van de drie betrokken partijen, zullen de voorstellen, die door die werkgroep zijn uitgewerkt, aan de CTG worden voorgelegd. De CTG kan dan akkoord gaan met het uitgewerkte voorstel of beslissen om het voorstel te weigeren;

18.2.3. controle : er zal enkel een controle worden uitgevoerd bij de voorschrijvers die de indicatoren en de drempels, overschrijden (*outliers*) die overeenkomstig artikel 73 §2 tweede lid van de gecoördineerde GvU-wet, zijn vastgesteld. Dit wordt momenteel door het Comité voor de evaluatie van de medische praktijk inzake geneesmiddelen uitgevoerd. De controle van de elementen waarover de zorgverlener moet beschikken om te kunnen nagaan of de afgeleverde farmaceutische specialiteiten conform de aanbevelingen zijn voorgeschreven, spitst zich toe op de elementen die moeten worden bewaard tijdens de monitoringperiode, zoals bepaald in artikel 146bis van de gecoördineerde GvU-wet.

18.3. Huisartsenwachtposten :

Vanuit de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging lopen momenteel twee soorten financieringen van huisartsenwachtposten.

De NCGZ zal meewerken aan de evaluatie van de experimenten en in het kader van een volgend akkoord de passende initiatieven voorstellen.

18.4. Met het oog op onder meer het bevorderen van de communicatie tussen artsen, geneesheren-specialisten en huisartsen, vraagt de NCGZ aan de voogdijoverheid om een kader te creëren waarbinnen communicatienetwerken kunnen worden ontwikkeld en een technische oplossing te realiseren voor de huisartsen en de specialisten om onderling op een veilige manier te communiceren.

18.5. De NCGZ beveelt de voogdijoverheid aan de financiële middelen voor de forfaitaire tegemoetkoming inzake dialyse onder te brengen bij de honoraria voor de geneesheren.

18.6. De NCGZ wenst mee te werken aan initiatieven die een betere toegankelijkheid van kansarmen bevorderen ondermeer via een aanpassing van de derdebetaleregeling.

18.7. De NCGZ beveelt de voogdijoverheid aan artikel 37bis, § 1bis, van de gecoördineerde wet van 14-07-1994, betreffende de gelijkstelling van het bedrag van het persoonlijk aandeel van de rechthebbende in de prestaties verricht door geaccrediteerde geneesheren en niet-geaccrediteerde geneesheren, op te heffen.

18.8. De NCGZ beveelt de voogdijoverheid aan een indexering te voorzien voor de telematica vergoeding.

19. OVERLEG

19.1. Om te komen tot een meer kwalitatieve aanpak van de zorg aan patiënten in rustoorden voor bejaarden, rust- en verzorgingstehuizen, centra voor kortverblijf, centra voor dagverzorging, ondermeer op het vlak van geneesmiddelengebruik, palliatieve zorg, dementie en depressie, revalidatie, zorgplanning en zorgcoördinatie (ook met de andere zorgverleners in het netwerk), hygiëne en preventie moet een belangrijke rol worden gespeeld door een coördinerend en raadgevend arts. In overleg met de betrokken overeenkomstencommissies, de FOD Volksgezondheid en de Gemeenschappen/Gewesten engageert de NCGZ zich om deze rol verder uit te bouwen, te omschrijven met bijzondere aandacht voor meer overleg met de huisartsen die de residenten behandelen.

19.2. De Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen wenst mee te werken aan het opstarten van een medisch farmaceutisch overleg ten einde een correct voorschrijven en gebruik van geneesmiddelen en een betere therapietrouw te bevorderen alsook een beter risicobeheer tot stand te brengen zodanig dat een optimaal therapieresultaat wordt bekomen. Hierbij dient een evenwichtige vertegenwoordiging van alle partijen verzekerd te worden.

19.3. De partners van de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen zullen met het oog op het formuleren van voorstellen door het Verzekeringscomité in het kader van de begroting 2009 regelmatig overleg plegen.

19.4. De Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen zal het impact en de criteria van toekenning van Impulseo I evalueren.

20. TOEPASSINGSVOORWAARDEN VAN HET AKKOORD

21.1. De geneesheer die toetreedt tot de bedingen van het huidige akkoord, zal aan de rechthebbenden van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging de documenten bezorgen die nodig zijn voor de vergoeding van zijn verstrekkingen door deze verzekering.

21.2. Huisartsen.

20.2.1. Behalve wanneer de rechthebbende bijzondere eisen stelt, worden voor de algemeen geneeskundigen de honorariumbedragen en de reisvergoedingen, vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, toegepast op alle bezoeken bij de zieke thuis, op de raadplegingen in de spreekkamer die zó zijn georganiseerd dat ze hetzij ten minste tien uur per week, verdeeld over ten minste drie dagen, hetzij een aantal uren vertegenwoordigen dat overeenstemt met drie vierde van de activiteit in de spreekkamer, op uren die normaal passen voor de rechthebbenden van de verzekering voor geneeskundige verzorging, alsmede op de tijdens die bezoeken of raadplegingen verrichte technische verstrekkingen.

Voor de toepassing van dit akkoord wordt onder bijzondere eisen verstaan :

20.2.2. de raadplegingen die op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt worden verricht buiten de normale werkuren zoals bedoeld in dit akkoord, buiten de uren waarop de arts open raadplegingen of op afspraak organiseert en buiten het kader van de georganiseerde wachtdienst;

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

20.2.4. de oproepen van zieken die voor de geneesheer een ongewoon belangrijke verplaatsing meebrengen;

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

Afgesproken is evenwel dat de zieke in behandeling, die verzocht wordt zich opnieuw in de spreekkamer van de geneesheer aan te melden, voor elke raadpleging recht heeft op de toepassing van de honorariumregeling die gold voor de eerste raadpleging.

20.3. Geneesheren-specialisten.

Behalve wanneer de rechthebbende bijzondere eisen stelt, worden voor de geneesheren-specialisten de honorariumbedragen en de reisvergoedingen, vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, toegepast op de raadplegingen en op de technische verstrekkingen die onder de volgende voorwaarden worden verricht :

20.3.1. wanneer de geneesheer-specialist zijn specialisme geheel of gedeeltelijk in een verplegingsinrichting uitoefent, indien zijn activiteit volgens de voorwaarden van het akkoord, hetzij een duur van ten minste vijftieng uur per week, welke zijn activiteit in de verplegingsinrichting en/of zijn open raadplegingen omvat, hetzij drie vierde van zijn totale activiteit vertegenwoordigt;

20.3.2. wanneer de geneesheer-specialist uitsluitend praktiseert buiten een verplegingsinrichting, indien zijn activiteit in de spreekkamer volgens de voorwaarden van het akkoord zó is georganiseerd dat zij hetzij ten minste twintig uur raadpleging per week, verdeeld over ten minste vier dagen, hetzij drie vierde van zijn totale activiteit vertegenwoordigt, op uren die normaal passen voor de rechthebbenden van de verzekering voor geneeskundige verzorging.

Voor de toepassing van dit akkoord wordt onder bijzondere eisen verstaan :

20.3.2.1. het verzoek tot opnemings in een afzonderlijke kamer om persoonlijke redenen;

20.3.2.2. de oproepen thuis, behalve wanneer het gaat om raadplegingen, aangevraagd door de behandelend geneesheer;

20.3.2.3. de volgens afspraak gevraagde verstrekkingen, buiten de in het vorig lid bedoelde raadplegingen.

Afgesproken is evenwel dat de zieke in behandeling die door de geneesheer wordt verzocht zich opnieuw in de spreekkamer aan te melden, voor elke verstrekking recht heeft op de toepassing van de honorariumregeling die gold voor de eerste verstrekking.

17.4. De bij dit akkoord vastgestelde hoegrootheden inzake honoraria en reisvergoedingen worden toegepast voor alle rechthebbenden van de verzekering voor geneeskundige verzorging, inclusief de rechthebbenden met recht op de voorkeurregeling, zoals bedoeld in de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, met uitzondering van de rechthebbenden, leden van een gezin waarvan het jaarlijkse belastbaar inkomen hoger ligt dan :

hetzij 59.835,08 € per gezin, verhoogd met 1.993,78 € per persoon ten laste, wanneer er maar één gerechtigde is;

hetzij 39.889,62 € per gerechtigde, verhoogd met 1.993,78 € per persoon ten laste, wanneer er verscheidene gerechtigden zijn.

20.5. Teneinde artsen en patiënten een duidelijker inzicht te verschaffen in hun wederzijdse rechten en plichten en teneinde de rechtszekerheid te garanderen zijn de partijen akkoord over de volgende punten :

20.5.1. het in overeenstemming brengen van de termen van het akkoord met de wettelijke bepalingen van artikel 50, § 3 van de GVU-wet, geldt in die zin dat artsen geacht worden de afgesproken tarieven toe te passen, behoudens op tijdstippen en plaatsen waarvoor zij meedeelden de termen van het akkoord niet te zullen toepassen;

20.5.2. het verduidelijken dat bijzondere eisen uiteraard afkomstig moeten zijn van de patiënt, en niet het gevolg mogen zijn van de wijze waarop de arts zijn praktijk organiseert;

20.5.3. de gedeeltelijke toetreding heeft betrekking op zowel raadplegingen als technische verstrekkingen.

De betwistingen met betrekking tot punt 20. zullen het voorwerp uitmaken van een arbitrage door een paritair college samengesteld door de NCGZ en voorgezeten door een ambtenaar van het R.I.Z.I.V.

21. GESCHILLENBEMIDDELING

De Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen is bevoegd voor de bemiddeling 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 bemiddelen nadat ze het advies van de Technische geneeskundige raad heeft ingewonnen.

22. DUUR VAN HET AKKOORD

Dit akkoord wordt voor een periode van één jaar gesloten (namelijk van 1 januari 2008 tot 31 december 2008).

Het akkoord kan worden opgezegd met een ter post aangetekende brief die aan de voorzitter van de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen is gericht :

22.2.1. door één van de partijen :

22.2.1.1. binnen 30 dagen na de bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad* van correctiemaatregelen zoals bedoeld in § 8 van het artikel 50 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 of binnen de 30 dagen nadat de Minister of de Algemene raad op grond van artikel 18 van genoemde gecoördineerde wet eenzijdig maatregelen genomen heeft die de honoraria of de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen wijzigen.

Deze opzegging kan algemeen zijn of beperkt tot bepaalde verstrekkingen of groepen van verstrekkingen en/of tot bepaalde zorgverleners op wie de correctiemaatregelen betrekking hebben, als de niet in dit akkoord vermelde correctiemaatregelen niet door de vertegenwoordigers van de geneesheren zijn goedgekeurd overeenkomstig de regels vermeld in artikel 50, § 2, 3 en 8 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994. In geval van gedeeltelijke opzegging moeten in de aangetekende brief ook de beoogde verstrekkingen of groepen van verstrekkingen en/of zorgverleners nauwkeurig worden vermeld. Deze opzegging is van toepassing vanaf de datum van inwerkingtreding van de voormelde correctiemaatregelen.

22.2.1.2. De bepalingen van dit akkoord zijn van toepassing op alle verstrekkingen die op 31 december 2007 in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen zijn vermeld. Wanneer de aldus omschreven nomenclatuur of de honoraria door de overheid eenzijdig gewijzigd worden in 2008, is het akkoord vanaf de inwerkingtreding van deze wijziging niet meer van toepassing op de gewijzigde bepalingen van de nomenclatuur of de honoraria tenzij deze wijziging de goedkeuring heeft bekomen van de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen.

22.2.1.3. Vanaf 22 september 2008, in geval van niet-bekrachtiging van de bepalingen bedoeld in punt 18.1.

22.2.1.4. Binnen de dertig dagen na de bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad* van wettelijke of reglementaire maatregelen die de bestaande bepalingen met betrekking tot honorariumsupplementen eenzijdig wijzigen.

22.2.1.5. Vanaf 30 september 2008, in geval van niet-bekendmaking van de bepalingen bedoeld in punt 18.2.

22.2.1.6. Een partij is geldig vertegenwoordigd als ze ten minste 7 van de leden die haar vertegenwoordigen in de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen, verenigt.

22.2.1.7. Die opzegging kan evenwel slechts in werking treden als de opzeggende partij die opzegging bevestigt voor de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen die in spoedvergadering is bijeengeroepen, overeenkomstig de quorumregels bedoeld in artikel 50, § 2, vierde lid..

22.2.2. door een geneesheer :

22.2.2.1. binnen 30 dagen na de bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad* van correctiemaatregelen zoals bedoeld in § 8 van het artikel 50 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 of binnen de 30 dagen nadat de Minister of de Algemene raad op grond van artikel 18 van genoemde gecoördineerde wet eenzijdig maatregelen genomen heeft die de honoraria of de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen wijzigen.

Deze opzegging kan algemeen zijn of beperkt tot bepaalde verstrekkingen of groepen van verstrekkingen en/of tot bepaalde zorgverleners op wie de correctiemaatregelen betrekking hebben, als de niet in dit akkoord vermelde correctiemaatregelen niet door de vertegenwoordigers van de geneesheren zijn goedgekeurd overeenkomstig de regels vermeld in artikel 50, § 2, 3 en 8 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994. In geval van gedeeltelijke opzegging moeten in de aangetekende brief ook de beoogde verstrekkingen of groepen van verstrekkingen en/of zorgverleners nauwkeurig worden vermeld. Deze opzegging is van toepassing vanaf de datum van inwerkingtreding van de voormelde correctiemaatregelen.

22.2.2.2. De bepalingen van dit akkoord zijn van toepassing op alle verstrekkingen die op 31 december 2007 in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen zijn vermeld. Wanneer de aldus omschreven nomenclatuur of de honoraria door de overheid eenzijdig gewijzigd wordt in 2008, is het akkoord vanaf de inwerkingtreding van deze wijziging niet meer van toepassing op de gewijzigde bepalingen van de nomenclatuur of de honoraria tenzij deze wijziging de goedkeuring heeft bekomen van de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen.

22.2.2.3. Vanaf 22 september 2008, in geval van niet-bekrachtiging van de bepalingen bedoeld in punt 18.1.

22.2.2.4. Binnen de dertig dagen na de bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad* van wettelijke of reglementaire maatregelen die de bestaande bepalingen met betrekking tot honorariumsupplementen eenzijdig wijzigen.

22.2.2.5. Vanaf 30 september 2008, in geval van niet-bekendmaking van de bepalingen bedoeld in punt 18.2.

23. FORMALITEITEN

De geneesheren die weigeren toe te treden tot de bedingen van dit akkoord, geven kennis van hun weigering binnen 30 dagen na de bekendmaking van dit akkoord in het *Belgisch Staatsblad*, met een ter post aangetekende brief, gericht aan de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen, waarvan de zetel is gevestigd bij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, Tervurenlaan 211, 1150 Brussel.

In die brief moet het volgende staan :

Ik, ondergetekende,

Naam en voornaam :

Volledig adres :

.....

.....

Hoedanigheid :

Algemeen geneeskundige / geneesheer-specialist voor

(doorhalen wat niet past).

R.I.Z.I.V.- identificatienummer :

verklaar dat ik weiger toe te treden tot de bedingen van het op 20 december 2007 gesloten Nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen.

Datum :

Handtekening :

De andere geneesheren dan die welke, overeenkomstig de bepalingen die zijn vermeld onder 23.1., kennis hebben gegeven van hun weigering tot toetreding tot de bedingen van het akkoord dat op 20 december 2007 in de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen is gesloten, worden ambtshalve geacht tot dit akkoord te zijn toegetreden voor hun volledige beroepsactiviteit, behalve als zij, binnen dertig 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 :

23.2.1. de honorariumbedragen zullen toepassen die daarin zijn vastgesteld;

23.2.2. de honorariumbedragen niet zullen toepassen die daarin zijn vastgesteld.

Die mededeling moet worden gedaan met een ter post aangetekende brief, gericht aan de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen op het onder 23.1. vermelde adres. In de brief moet het volgende staan :

23.2.2.1. Voor de huisartsen :

Ik, ondergetekende,

Naam en voornaam :

Volledig adres :

.....

.....

R.I.Z.I.V.-identificatienummer :

verklaar mijn beroepsactiviteit, uitgeoefend overeenkomstig de bedingen van het op 20 december 2007 gesloten nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen, te beperken onder de volgende voorwaarden inzake tijd en plaats :

a) Raadplegingen in de spreekkamer die ten minste tien uren per week omvatten, verdeeld over ten minste drie dagen :

Dagen	Plaats	Uren
.....
.....

b) Raadplegingen in de spreekkamer die ten minste drie vierde van de wekelijkse beroepsactiviteit omvatten :

Dagen	Plaats	Uren
.....
.....

De activiteit, uitgeoefend voor de raadplegingen in de spreekkamer buiten de voorwaarden van het nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen, is de volgende :

Dagen	Plaats	Uren
.....
.....

Datum :

Handtekening :

23.2.2.2. Voor de geneesheren-specialisten :

Ik, ondergetekende,

Naam en voornaam :

Volledig adres :

.....

.....

Geneesheer-specialist voor :

R.I.Z.I.V.-identificatienummer :

verklaar mijn beroepsactiviteit, uitgeoefend overeenkomstig de bedingen van het op 20 december 2007 gesloten nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen, te beperken onder de volgende voorwaarden inzake tijd en plaats :

a) Geneesheer-specialist die zijn beroepsactiviteit geheel of gedeeltelijk uitoefent in een verplegingsinrichting :

- Beroepsactiviteit die ten minste vijftientig uren per week omvat :

Voltijds :

Totaal aantal uren per week	Inrichting
.....

Deeltijds :

Dagen	Inrichting	Uren
.....
.....

Dagen	Spreekkamer : plaats	Uren
.....
.....

- Beroepsactiviteit die ten minste drie vierde van de beroepsactiviteit omvat :

Dagen	Plaats	Uren
.....
.....

De activiteit, uitgeoefend buiten de voorwaarden van het nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen, is de volgende :

Dagen	Plaats	Uren
.....
.....

b) Geneesheer-specialist die zijn beroepsactiviteit uitsluitend buiten een verplegingsinrichting uitoefent :

- Raadplegingen in de spreekkamer die ten minste twintig uren per week omvatten :

Dagen	Plaats	Uren
.....
.....

- Raadplegingen in de spreekkamer die ten minste drie vierde van de beroepsactiviteit omvatten :

Dagen	Plaats	Uren
.....
.....

De activiteit, uitgeoefend buiten de voorwaarden van het nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen, is de volgende :

Dagen	Plaats	Uren
.....
.....

Datum :

Handtekening :

Alle latere wijzigingen van de voorwaarden inzake tijd en plaats waaronder de onder 23.2. bedoelde geneesheren, overeenkomstig de bedingen van het akkoord, de daarin vastgestelde honorariumbedragen zullen toepassen, mogen worden toegepast, ofwel na een opzegging van dertig dagen, ofwel, zonder opzegging, na aanplakking van die wijzigingen in hun spreekkamer.

Die wijzigingen moeten door de betrokken praktizerenden worden meegedeeld aan het secretariaat van de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen, ofwel onverwijld, van bij de toepassing ervan, als ze worden toegepast na aanplakking en zonder opzegging, ofwel dertig dagen vóór de toepassing ervan, waarbij de datum van de mededeling ervan de aanvang van de in het eerste lid bedoelde opzeggingstermijn is.

De geneesheren die binnen de bij de wet vastgestelde termijn geen kennis hebben gegeven van hun weigering tot toetreding tot het akkoord, moeten in hun wachtkamer en, waar het gaat om de inrichtingen, ofwel in de wachtkamers, ofwel in het ontvangstlokaal, ofwel in het inschrijvingslokaal, een document aanplakken dat is opgemaakt volgens de richtlijnen van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V. in overleg met de Nationale raad van de Orde der geneesheren en waarin is vermeld of zij tot het akkoord zijn toegetreden en waarin ook de raadplegingsdagen en -uren zijn opgegeven waarop ze de tarieven van dit akkoord toepassen alsmede de raadplegingsdagen en -uren waarop ze die tarieven niet toepassen.

Opgemaakt te Brussel op 20 december 2007.

De vertegenwoordigers van de bank van de geneesheren (Bvas-Absym en Kartel-Cartel),

De vertegenwoordigers van de bank van de verzekeringsinstellingen

SERVICE PUBLIC FEDERAL SECURITE SOCIALE

[C – 2008/22000]

Accord national médico-mutualiste 2008

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 (CNMM), sous la Présidence de M. Johan DE COCK, a conclu le 20 décembre 2007, l'accord suivant :

1. OBJECTIF BUDGETAIRE PARTIEL 2008

La Commission nationale médico-mutualiste prend acte du montant de l'objectif budgétaire partiel 2008, fixé par le Conseil général à 6.094.825 milliers d'euros, dans lequel une masse d'indice a été contenue de 95,85 millions d'euros de même qu'une marge financière disponible de 82,66 millions d'euros pour de nouvelles initiatives. Cette marge pour les nouvelles initiatives est encore complétée par 7,78 millions d'euros qui sont libérés au sein de l'objectif budgétaire partiel de 6.094.825 milliers d'euros, un montant de 0,14 millions d'euros consécutif à un transfert venant du budget des implants et un montant de 0,12 millions d'euros consécutif à un transfert des honoraires de dialyse rénale. Le montant à répartir pour les nouvelles initiatives est donc fixé à 90,70 millions d'euros.

Le montant attribué à l'origine par le Conseil général est réservé pour 1/3 aux médecins généralistes et pour 2/3 aux médecins spécialistes. Les montants ajoutés sont attribués aux sous-secteurs desquels ils découlent.

2. HONORAIRES 2008 : INDEXATION ET REVALORISATION

Bien que cet accord, compte tenu des circonstances, a seulement une durée d'un an, la Commission nationale médico-mutualiste confirme la nécessité, dans une perspective pluriannuelle, de continuer à œuvrer au soutien et au développement de la médecine générale d'une part et d'autre part à une meilleure appréciation pour certaines disciplines au sein de la médecine spécialisée connaissant une part limitée de prestations techniques sans préjudice d'adapter la nomenclature à l'évolution médicale.

La CNMM fait appel à l'autorité pour que, en concertation avec la Commission, il soit accordé la priorité au point 18. de l'Accord.

La Commission nationale médico-mutualiste a décidé d'une première phase de rééquilibrage de la nomenclature des médecins spécialistes, en limitant les dépenses dans certains secteurs pour dégager des moyens financiers supplémentaires au profit de la psychiatrie, la pédopsychiatrie, la gériatrie, la rhumatologie, la pédiatrie, la médecine interne générale, l'oncologie, l'endocrinologie et l'hématologie. Cet effort se monte à 29,5 millions d'euros. Les parties s'engagent à ce que, pour les quatre prochaines années, au moins un montant identique au sein de l'objectif budgétaire partiel soit libéré pour de nouvelles initiatives dans ces secteurs.

Projets	2008 Budget (milliers €)
1. Indexations	
1.1. H08/01 Médecins généralistes Les honoraires tels qu'ils étaient fixés au 31 décembre 2007, sont indexés de façon linéaire de 1,62 % au 1 ^{er} janvier 2008.	17.135,4
1.2. H08/02 Médecins spécialistes Les honoraires tels qu'ils étaient fixés au 31 décembre 2007, sont indexés de façon linéaire de 1,62 % au 1 ^{er} janvier 2008, hormis la stomatologie, la radio-radiumthérapie, la médecine nucléaire, l'anatomie pathologique, la physiothérapie, la biologie clinique, l'imagerie médicale et les honoraires de la dialyse rénale chronique qui sont indexés de 1,52 % et hormis les prestations percutanées, les examens génétiques, les examens électrocardiographiques et les prestations avec codes de nomenclature spécifiques pour les médecins spécialistes non accrédités qui ne sont pas indexés.	72.153,6
Total indexations	89.289
2.1. Honoraires des médecins généralistes Les mesures entrent en vigueur le 1 ^{er} janvier 2008	2008 Budget (milliers €)
2.1.1. H08/03 Revalorisation de 2 % du 101076, 102410, 102432 ainsi que les visites et les visites majorées	17.564,5
2.1.2. H08/04 Revalorisation de l'honoraire du DMG jusqu'à 25,67 euros	1.134
2.1.3. H08/05 Accompagnement du médecin généraliste en ambulance	45
Total honoraires des médecins généralistes	18.743,5
2.2. Honoraires des médecins spécialistes Les mesures entrent en vigueur le 1 ^{er} janvier 2008	2008 Budget (milliers €)
2.2.1. H08/06 Revalorisation de la consultation de base du spécialiste (102535) de 2 %	4.816,9
2.2.2. H08/07 Psychiatrie – Pédopsy – Revalorisation surveillance en K (codes 598861, -883, -905, -920, -942) avec 30 %	1.050,6
2.2.3. H08/08 Pédiatrie – Revalorisation surveillance NIC (+50 %) (codes 596223,-245,-260,-326,-341,-363)	1.540,4
2.2.4. H08/09 Gynécologie – Doublement honoraire accouchement	3.000
2.2.5. H08/10 Pédiatrie – Examen clinique en service N* (codes 596024, -046, -061, -120, -142, -164)	1.967
2.2.6. H08/11 Psychiatrie – Revalorisation surveillance A (codes 598161, -426, -441, -463, -485) avec 15 %	4.634,3
Total honoraires des médecins spécialistes	17.009,2
TOTAL HONORAIRES 2008	35.752,7

3. NOMENCLATURE 2008 (annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984)

Projets Accord 2006–2007	2008 Budget additionnel (milliers €)
N0607/00 Restructuration et revalorisation de la médecine d'urgence	PM
N0607/10 Chirurgie oncologique – tête et cou Partim « Oncologie tête et cou » : Besoin de budget supplémentaire	630
N0607/13 Microbiologie – Nomenclaturisation « Actualisation de l'article 24 »	3.750
TOTAL	4.380

Projets Accord 2008	2008 Budget (milliers €)
1. Projets pour les médecins généralistes	
N08/MG/00 Visite à un patient hospitalisé	105
N08/MG/01 Suppression du ticket modérateur pour la visite à un patient palliatif en MR et MRS	PM
N08/MG/02 Suture de plaies	438,7
Total nomenclature pour les médecins généralistes	543,7

2. Projets pour les médecins spécialistes	2008 Budget (milliers €)
N08/MS/00 Spécialistes – Revalorisation oncologues médicaux, hématologues, endocrinologues	5.000
N08/MS/01 Rhumatologie – Consultation soins des arthrites	2.750
N08/MS/02 Médecine interne – Nouvelle prestation première consultation « trouble shooting »	3.000
N08/MS/03 Psychiatrie – Pédopsy – Augmentation du nombre de séances évaluation psy (code 109410)	1.090
N08/MS/04 Psychiatrie – Pédopsy – Concertation pluridisciplinaire	1.874
N08/MS/05 Psychiatrie – Multidisciplinaire + psychogériatrie + accueil en période de crise + SGA La Commission nationale médico-mutualiste charge le Conseil technique médical, pour au plus tard le 30/09/2008, de développer un ensemble de mesures concernant la psychiatrie, plus particulièrement en ce qui concerne l'accueil en période de crise, la concertation pluridisciplinaire, l'honoraire de surveillance dans le service Sp-psychogériatrique des hôpitaux généraux et catégoriels, ainsi que la rémunération pour l'encadrement médical accru dans des unités de soins intensifs pour patients au comportement fortement perturbé et/ou agressif.	PM
N08/MS/06 Psychiatrie – Revalorisation surveillance Sp-psychogériatrie en HG vers niveau autres Sp en HG	55
N08/MS/07 Pédiatrie – Majoration honoraires neuro-pédiatre vers celui neurologue	234
N08/MS/08 Pédiatrie – Surveillance transfert NIC (prestation 599303 *6)	107,8
N08/MS/09 Pédiatrie – Honoraires de stabilisation lors du transfert du néo-natal sous nCPAP	141
N08/MS/10 Pédiatrie – nCPAP au sein NIC et N *	- 621, 7
N08/MS/11 Pédiatrie – Cathéter veineux profond	135
N08/MS/12 Gériatrie – Levée limitation 102233	186
N08/MS/13 Gériatrie – Consultation team via liaison auprès de patients en dehors d'une section G	989

2. Projets pour les médecins spécialistes	2008 Budget (milliers €)
N08/MS/14 Stomatologie – Levée de l’immunisation du premier au 5 ^e jour pour prestations ≥ K 225	420,4
N08/MS/15 Prestations spéciales générales – Thérapie de l’oxygène hyperbare Demande au KCE d’un HTA	PM
N08/MS/16 Prestations spéciales générales – Ponction lombaire	470
N08/MS/17 Prestations spéciales générales – Suture de plaies	467,8
N08/MS/18 Chirurgie – Chirurgie plastique (chirurgie reconstructive des seins)	115
N08/MS/19 Chirurgie – Sénologie (technique ganglion sentinelle)	486
N08/MS/20 Chirurgie – Chirurgie du robot	200
N08/MS/21 Chirurgie – Injection intravitréenne en cas de Age-Related Macular Degeneration (ARMD)	1.862,5
N08/MS/22 Imagerie médicale – Echo panoramique abdominale pour internistes (connex)	983
N08/MS/23 Imagerie médicale – Colono CT	502
N08/MS/24 Imagerie médicale – Coronaro CT	1.260
N08/MS/25 Imagerie médicale – Ostéodensitométrie	2.518,6
N08/MS/26 Médecine interne – Contrôle Doppler du shunt-hémodialyse	PM
N08/MS/27 Médecine interne – Echographie bronchique EBUS	293
N08/MS/28 Médecine interne – Remboursement tests par les allergologues pneumologie	1.474
N08/MS/29 Médecine interne – Mesure Ph- et impédancemétrie œsophage	190
N08/MS/30 Médecine interne – Plasmaphérèse	1.500
N08/MS/31 Biologie – Hématologie-transfusion-sérologie-immunologie	3.175
N08/MS/32 Biologie – Insémination intrautérine : exécution capacitation du sperme	1.639,2
N08/MS/33 Gynécologie – Insémination intrautérine IUI après exécution capacitation du sperme	724
N08/MS/34 Anatomopathologie – HPV cervix	1.061,7
Total nomenclature pour les médecins spécialistes	34.282,3
TOTAL NOMENCLATURE 2008	39.206

4. AUTRES PROJETS

Projets	2008 Budget (milliers €)
1. Trajets de soins	PM
2. Soutien de la pratique (voir point 9)	7.113,4
3. Honoraire de disponibilité (voir point 11.1.1.)	674,9
4. Expérience disponibilité (voir point 11.1.2.)	4.000
5. Indemnité DMG pour patient palliatif	413
6. Médecine interne – Dialyse du foie via convention	100
7. Disponibilité médecins spécialistes – Extension à 10 spécialités de base	9.816,5
8. Avis médical pour patients palliatifs	180
TOTAL AUTRES PROJETS	22.297,8

5. BIOLOGIE CLINIQUE

5.1. La Commission nationale médico-mutualiste propose de fixer le montant du budget global des moyens financiers de la biologie clinique pour 2008 à 1.035.880 milliers d'euros. Ne sont pas compris dans ce budget global, les articles 24*bis* et 33*bis* de la nomenclature des prestations de santé.

5.2. La Commission nationale médico-mutualiste recommande au Ministre des Affaires sociales de modifier la procédure prévue à l'article 59 de la loi relative à l'assurance maladie obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, afin que le Conseil général puisse procéder à la fixation des enveloppes.

6. IMAGERIE MEDICALE

6.1. La Commission nationale médico-mutualiste propose de fixer le montant du budget global des moyens financiers de l'imagerie médicale pour 2008 à 802.397 milliers d'euros. Ne sont pas compris dans ce budget global, les articles 17*ter* et 17*quater* de la nomenclature des prestations de santé.

6.2. Le budget de l'imagerie médicale qui est octroyé par admission est réparti en 2008 conformément à la décision de la CNMM du 26 novembre 2007.

6.3. La Commission nationale médico-mutualiste charge un groupe de travail pour, qu'en parallèle avec l'entrée en vigueur de la nomenclature coronaro et colono CT au plus tard le 30 septembre 2008 les mesures suivantes soient élaborées :

6.3.1. trouver des stimulants pour la responsabilisation des prescripteurs d'imagerie médicale, notamment par des initiatives concrètes en matière d'information et de communication des guidelines via un soutien informatique;

6.3.2. évaluer les honoraires forfaitaires au sein du secteur ambulatoire;

6.3.3. prévoir une méthode de financement permettant une exécution plus uniforme des prescriptions, reposant sur des paramètres objectifs et contrôlables dans le domaine de l'imagerie médicale tant pour le secteur hospitalier qu'ambulatoire.

6.4. La Commission nationale médico-mutualiste recommande au Ministre des Affaires sociales de modifier la procédure prévue à l'article 69 de la loi relative à l'assurance maladie obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, afin que le Conseil général puisse procéder à la fixation des enveloppes.

7. ACCREDITATION

7.1. La Commission nationale médico-mutualiste enjoint le CTM de se prononcer lors de l'introduction de nouvelles prestations sur la réservation ou non de ces prestations aux médecins accrédités.

7.2. Des programmes de formation médicale continue à distance peuvent contribuer via des techniques de formation spécifiques et innovantes à garantir un service de haute qualité.

La CNMM demande au Groupe de direction Accréditation de créer un cadre clair pour assurer un développement correct de ces programmes avec une attention continue pour le maintien de contenus formatifs indépendants.

7.3. La CNMM donne mission au Groupe de travail Accréditation pour prévoir au sein des conditions d'accréditation que durant le cycle de 3 ans au moins une des réunions GLEM soit consacrée, pour les disciplines concernées, à la prescription efficace de la biologie clinique, de l'imagerie médicale, de l'anatomopathologie et des médicaments.

A cet effet, l'INAMI mettra à disposition les données de profils nécessaires ainsi que des moyens pour la formation d'animateurs.

7.4. L'honoraire forfaitaire d'accréditation est indexé au 1^{er} janvier 2008 (556 €).

8. DOSSIER MEDICAL GLOBAL

L'honoraire pour le dossier médical global (102771 et 102793) est augmenté jusqu'à 25,67 euros à partir du 01/01/2008 (projet H08/04).

9. SOUTIEN DE LA PRATIQUE DE LA MEDECINE GENERALE

Dès 2008, une intervention annuelle visant à soutenir la pratique de la médecine générale sera accordée aux médecins généralistes agréés qui sont inscrits au service de garde organisé par le cercle agréé de médecins généralistes, et qui ont une activité d'au moins 1.250 consultations et/ou visites à domicile par an.

Il est en l'occurrence tenu compte, d'une part des données d'activité de la deuxième année précédant l'année de l'octroi – sauf pour les médecins généralistes agréés pendant les deux premières années de leur implantation –; et d'autre part, avec la constatation que durant l'année qui précède l'année de l'octroi, des honoraires de disponibilité ont été accordés au moins une fois ou de la notification à l'Institut de l'inscription au service.

Cette intervention vient remplacer la rémunération de base, comme intervention dans les dépenses administratives liées à la gestion d'un dossier médical global.

Pour l'année 2008, l'intervention annuelle est fixée à 1.000 euros.

10. TRAJETS DE SOINS

10.1. La Commission nationale médico-mutualiste s'engage à ce que les trajets de soins soient rendus opérationnels pour au plus tard le 1^{er} janvier 2009 pour ce qui concerne les patients avec un diabète de type 2 et pour les patients avec une insuffisance rénale chronique. Lors de la mise en place opérationnelle, il sera tenu compte des principes suivants :

10.1.1. les objectifs de traitement sont fixés sur la base de recommandations scientifiques fondées;

10.1.2. les engagements du patient, du médecin généraliste et du médecin spécialiste sont fixés dans un contrat - trajets de soins conclu par les trois parties pour une période de trois ans et qui est communiqué à l'organisme assureur du patient;

10.1.3. le rôle du médecin généraliste et du médecin spécialiste au sein des trajets de soins est favorisé par un honoraire forfaitaire annuel spécifique qui sert en priorité au soutien du travail en équipe, à la concertation et à la communication entre les prestataires de soins;

10.1.4. le patient est encouragé par l'octroi d'un avantage lié au ticket modérateur : suppression de la quote-part personnelle auprès du médecin généraliste et réduction de celui-ci chez le médecin spécialiste; l'acceptation du trajet de soins par l'organisme assureur peut avoir comme conséquence le droit à une intervention de l'assurance maladie pour d'autres prestations.

10.2. La Commission nationale médico-mutualiste demande que des mesures d'accompagnement et de soutien soient élaborées pour une application optimale du système des trajets de soins :

10.2.1. l'amélioration et l'extension de l'usage des applications ICT par les prestataires de soins, en particulier dans leurs communications réciproques, dans leurs relations avec les organismes assureurs et pour l'évaluation des trajets de soins, en ce compris la mise à disposition ou le développement d'une infrastructure technique sécurisée pour la communication des données et d'une structure de gestion organisationnelle de communication des données;

10.2.2. la stimulation des initiatives loco-régionales favorisant la collaboration entre les prestataires de soins avec en première phase un accord de financement pour une durée déterminée;

10.2.3. l'élaboration et l'intégration d'un plan de communication global relatif aux trajets de soins;

10.2.4. la simplification de l'accès à des soins spécifiques (par exemple l'éducation au diabète, matériel).

10.3. La Commission nationale médico-mutualiste procédera à une évaluation du système des trajets de soins pour les patients avec un diabète de type 2 et ceux avec une insuffisance rénale chronique.

10.4. La Commission nationale développera plus avant sa politique autour des trajets de soins et dans ce cadre examinera si le système peut être étendu à des patients atteints des pathologies suivantes : BPCO et asthme, défaillances cardiaques chroniques, ostéoporose, affections psychiatriques. Il sera également examiné si les trajets de soins peuvent être mis en place pour des personnes âgées vulnérables et pour les patients cancéreux. En cas de nécessité, des expériences préparatoires seront mises en place.

11. PERMANENCE ET DISPONIBILITE

11.1. Permanence, service de garde et disponibilité des médecins généralistes :

La CNMM est consciente de la nécessité de trouver un bon équilibre entre la demande sociale d'une plus grande disponibilité des médecins généralistes d'une part et les attentes des prestataires en question concernant l'exercice de leur profession d'autre part.

La CNMM estime que le développement futur de services de garde performants est à cet égard un élément essentiel. Sans préjudice de la nécessité de ce développement, il convient de prendre des mesures adéquates afin de maintenir la disponibilité médicale pour les patients et de valoriser de manière appropriée le dévouement des dispensateurs de soins.

La CNMM estime également que cette disponibilité médicale des médecins généralistes est d'autant plus indiquée si le médecin généraliste peut jouer un rôle central notamment de coordination de première ligne dans le cadre de la prise en charge des patients, ce qui est particulièrement le cas pour les patients ayant leur DMG auprès de ce généraliste.

Concrètement, les mesures suivantes sont prises à titre d'expérimentation :

11.1.1. élargissement des honoraires de disponibilité de 20 heures à 19 heures;

Pour les consultations faites dans ce cadre à partir de 19 h. jusqu'à 21 h. un supplément de garde de 2 euros pourra être porté en compte et sera pris en charge par l'AMI;

11.1.2. parallèlement :

11.1.2.1. sans préjudice de la nécessité que le dossier médical puisse être accessible et partagé dans le cadre des gardes et que celles-ci puissent être mises en place d'une part éventuellement à partir de 18 h. et d'autre part de manière équilibrée et générale sur l'ensemble du territoire;

11.1.2.2. en vue de garantir la possibilité d'une permanence médicale du médecin généraliste au profit des patients et particulièrement pour ceux qui possèdent un DMG auprès de celui-ci, vu le rôle spécifique de coordination joué par le médecin généraliste dans ce cadre;

11.1.2.3 le médecin généraliste, inscrit auprès d'un service de garde, pourra porter en compte un supplément de permanence d'un montant maximum de 2 euros, pour les consultations effectuées entre 18 et 21 h.;

11.1.2.4. pour le patient DMG qui consulte le médecin généraliste qui a accès aux données de son DMG, le supplément de permanence peut être porté en compte mais celui-ci sera à charge de l'AMI à 100 %;

11.1.3. des codifications provisoires dans le cadre de cette expérimentation seront élaborées par la CNMM afin d'identifier ces prestations de permanence DMG ou non ou réalisées dans le cadre du service de garde;

11.1.4. les mesures 1 et 2 sont mises en place d'une manière expérimentale pendant la période du 1^{er} juillet 2008 au 30 juin 2009;

11.1.5. dans le courant 2009, la CNMM évaluera l'effet de ces mesures à la lumière des données disponibles. Cette évaluation passera en revue différents éléments : spécificités de la pratique, répartition géographique, caractéristiques des patients, quote-part relative des prestations en soirée pendant les gardes et en dehors de celles-ci, quote-part relative des prestations de jour, de soirée et de nuit,...

Sur la base de cette évaluation, la CNMM décidera d'orientations futures;

11.1.6. afin de permettre une bonne communication entre le service de garde organisé par les cercles de médecins généralistes et les permanences visées par le point 11.1.2.2., le médecin généraliste s'engage à communiquer à son cercle de médecins généralistes ses permanences entre 18 et 21 h. Les cercles sont chargés d'en assurer la communication adéquate auprès de la population et aux organismes assureurs;

11.1.7. les heures de permanence visées au point 11.1.2.3. ne peuvent pas entrer en ligne de compte dans le cadre du conventionnement partiel;

11.1.8. les organismes assureurs s'engagent à informer leurs affiliés sur les objectifs et les modalités de l'expérimentation.

11.2. Permanence et disponibilité des médecins spécialistes :

Les mesures en matière d'honoraires de disponibilité des médecins spécialistes, telles qu'approuvées par le Comité de l'assurance du 19 mars 2007, seront étendues à tous les médecins spécialistes visés à l'article 10 de l'AR du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction « soins urgents spécialisés » doit répondre pour être agréée.

12. QUALITE, INFORMATION, PROFILS

Les partenaires marquent leur accord pour que les commissions de profils compétentes pour les médecins généralistes ainsi que pour les médecins spécialistes, via une communication et une information de haute qualité, :

12.1. développent les feedbacks en collaboration avec les structures et avec des groupes de professionnels concernés comme par exemple avec les Glems, les comités paritaires, les organisations scientifiques, les collèges, de manière à ce que l'information délivrée concorde avec les attentes des médecins.

Le Service proposera aux commissions de profils ou rédigera à leur demande un plan de travail conjointement avec une méthode d'analyse reposant sur le rapprochement de bases de données et sur la participation des médecins de la discipline étudiée;

12.2. établissent avec les structures existantes (conseil technique, groupe de direction de l'accréditation, CNPQ-NRKP, Comité d'évaluation des pratiques médicales en matière de médicaments...) des relations spécifiques visant à coordonner l'information et les actions vers les professionnels au sein d'un programme cohérent.

13. SIMPLIFICATION ADMINISTRATIVE

La Commission nationale médico-mutualiste s'engage à prendre pour le 30 juin 2008 au plus tard, au moins les mesures concrètes relatives à la simplification administrative suivantes :

13.1. concrétiser les conclusions de la plate-forme de concertation CNMM-Commission de remboursement des Médicaments, en particulier :

13.1.1. élargir la disposition « extension de validité » des autorisations « d » et « b » à toutes les spécialités inscrites dans un même § du chapitre IV, même si elles ont des principes actifs différents et regrouper dans des mêmes paragraphes les différentes spécialités qui sont remboursables pour des mêmes indications (maladie de Parkinson, épilepsie, ...);

13.1.2. introduire une procédure de prolongation automatique des autorisations de modèle « d », puisque une autorisation de modèle « d » concerne par nature le traitement d'une affection chronique et que le seul critère nécessaire pour autoriser son renouvellement est la volonté manifestée par le médecin-traitant de prolonger son utilisation;

13.1.3. développer un projet qui permettrait l'introduction en ligne par les médecins des formulaires standardisés officiels avec, comme projet pilote 2008, l'introduction en ligne par les rhumatologues des demandes de remboursement des anti-TNF;

13.1.4. Les pratiques de groupe, visées à l'arrêté royal du 3 mai 1999 relatif aux pratiques de groupe des médecins généralistes, peuvent s'enregistrer à l'INAMI, pour que, sans mention supplémentaire sur l'attestation de soins donnés (marque « G »), l'avantage du ticket modérateur pour le patient puisse être octroyé;

13.1.5. Simplification nomenclature médecins généralistes – article 2 – basée sur les propositions du Conseil technique médical;

13.1.6. Médication chronique : dans le cadre de la plate-forme CRM/CNMM, il sera analysé une extension du principe du multiplicateur en vue d'une simplification de la prescription de la médication pour maladies chroniques.

14. INFORMATISATION

La CNMM souhaite être activement impliquée dans BeHealth et dans les projets relatifs à la prescription électronique de médicaments ainsi que dans l'enregistrement des données médicales. Elle invite le Conseil technique médical à adapté la nomenclature pour rendre possible la prescription ou l'attestation de prestations médicales par voie électronique.

14.1. Visant entre autres la promotion de la simplification administrative et l'amélioration de l'accès aux soins, les parties s'engagent à développer par étapes un système de :

14.1.1. communication électronique sécurisée de données ou de documents réglementaires socio-administratifs et médicaux exigés entre les médecins et les (médecins-conseils des) organismes assureurs;

14.1.2. facturation électronique des prestations ambulatoires en application du régime du tiers payant. De plus, la possibilité sera examinée pour permettre l'application du régime du tiers payant via la facturation électronique pour les prestations qui en sont actuellement exclues.

14.2. La CNMM enjoint le Conseil technique médical d'étudier la possibilité d'une participation par voie électronique du médecin généraliste dans la Consultation Oncologique Multidisciplinaire avec comme objectif une application à partir de 2009.

15. STATUT SOCIAL

15.1. En vue de stimuler le caractère attractif de l'adhésion à l'accord, la Commission nationale médico-mutualiste formule l'avis selon lequel :

15.1.1. le montant du statut social pour l'année 2008 est fixé à 3,595,10 euros pour les médecins qui sont réputés de plein droit avoir adhéré au présent accord pour leur activité professionnelle complète;

15.1.2. le montant du statut social pour l'année 2008 est fixé à 1,935,13 euros pour les médecins qui ont, dans les trente jours qui suivent la publication de cet accord au *Moniteur belge*, communiqué à la Commission nationale médico-mutualiste les conditions de temps et de lieu selon lesquelles, conformément aux clauses dudit accord, ils appliqueront ou non les montants d'honoraires qui y sont fixés, et dont l'activité professionnelle exercée conformément aux clauses de l'accord correspond aux minima suivants :

15.1.2.1. pour les médecins généralistes :

15.1.2.1.1. ou bien des consultations au cabinet représentant au moins dix heures par semaine, réparties sur trois jours au moins;

15.1.2.1.2. ou bien des consultations au cabinet représentant au moins les trois-quarts de l'activité professionnelle hebdomadaire;

15.1.2.2. pour les médecins spécialistes exerçant leur activité professionnelle en tout ou en partie en milieu hospitalier :

15.1.2.2.1. ou bien vingt-cinq heures par semaine au moins;

15.1.2.2.2. ou bien les trois-quarts de l'activité professionnelle;

15.1.2.3. pour les médecins spécialistes exerçant leur activité professionnelle exclusivement en dehors du milieu hospitalier :

15.1.2.3.1. ou bien des consultations au cabinet représentant au moins vingt heures par semaine;

15.1.2.3.2. ou bien des consultations au cabinet représentant au moins les trois-quarts de l'activité professionnelle.

15.2. La CNMM propose que l'octroi d'une intervention de l'INAMI soit lié à une activité minimum déterminée.

La CNMM se prononcera, sur base d'une analyse des prestations et des données de prescription du médecin, nonobstant son statut.

15.3. La CNMM propose à l'autorité de tutelle de compléter l'article 54 de la loi SSI par une disposition autorisant le Roi à récupérer une intervention INAMI auprès des médecins qui ne respectent pas les termes de l'accord.

16. TIERS-PAYANT

L'accès au système du tiers payant facultatif est ouvert à leur demande aux médecins qui n'ont pas adhéré à l'accord dans la mesure où ils notifient au Collège intermutualiste national qu'ils respecteront les tarifs de l'accord pour les prestations couvertes par le système du tiers payant dans les mêmes conditions que les médecins engagés.

17. MESURES DE CORRECTION

Le présent accord est censé contenir les clauses prévues à l'article 51, § 2, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et contient les mécanismes de correction suivants :

17.1. transfert proportionnel et sélectif d'honoraires payés à l'acte dans des honoraires forfaitaires;

17.2. renforcement de la prise de conscience du prescripteur en vue d'un comportement mieux ciblé en matière de prescription;

17.3. adaptation des mécanismes de remboursements dans le cas de prestations bien déterminées dont il serait prouvé, de façon précise et sur base d'analyses objectives, qu'elles font l'objet d'un usage abusif et injustifié;

17.4. promotion d'une demande et d'un usage responsable des prestations de santé par l'information, le "pilotage" et la couverture équilibrée par l'assurance des prestations exécutées chez les patients ambulants et hospitalisés;

17.5. et/ou diminution proportionnelle et sélective des honoraires de certaines prestations diagnostiques qui seront précisées par la Commission nationale médico-mutualiste au moment où il est nécessaire de prendre des mesures de correction.

Pour ce qui concerne les mesures d'économies prévues aux articles 18 et 40, § 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, et conformément à l'esprit de la loi, les dispositions de l'article 51, § 2, de ladite loi ne peuvent être appliquées que si un dialogue et une concertation ont eu lieu au préalable entre le Ministre et la Commission nationale médico-mutualiste.

18. RECOMMANDATIONS A L'AUTORITE

18.1. Les parties sont d'accord d'insister auprès des autorités pour organiser avec la CNMM une concertation au sujet de toute modification envisagée pour les suppléments d'honoraires dans les hôpitaux afin d'accroître la sécurité juridique et la transparence tant pour les patients que pour les prestataires. En plus, la CNMM est partisane que cette matière soit réglée via la loi AMI.

Par ailleurs, une analyse des factures hospitalières fera également l'objet d'une nouvelle concertation entre les partenaires de la CNMM.

Elles prennent connaissance de l'intention du ministre des Affaires sociales de prendre des initiatives visant à confirmer légalement l'AR du 19 mars 2007.

18.2. Les parties souhaitent, outre la simplification administrative nécessaire concernant entre autre l'asthme/la BPCO, qu'une proposition concernant l'adaptation de la réglementation sur les médicaments chapitre II soit également exécutée, sur base des principes suivants :

18.2.1. indication classes : il est suggéré de recueillir l'avis de la CNMM lorsque le ministre prend l'initiative d'insérer des médicaments dans le chapitre II;

18.2.2. recommandations : les recommandations seraient élaborées sur proposition d'un groupe de travail tripartite de la CRM (dispensateurs, scientifiques – académiciens et représentants des associations scientifiques – et organismes assureurs). Sauf en cas d'avis négatif unanime et motivé des représentants d'une des trois parties concernées, les propositions élaborées par ce groupe de travail seront transmises à la CRM. La CRM pourra soit marquer son accord conformément à la proposition élaborée soit décider de son rejet pur et simple;

18.2.3. contrôle : ne sera opéré qu'à l'égard des prescripteurs dépassant les indicateurs et les seuils (*outliers*) déterminés conformément à l'article 73, § 2, alinéa 2, de la loi SSI coordonnée, soit actuellement par le Comité d'évaluation des pratiques médicales en matière de médicaments. Le contrôle des éléments dont le dispensateur de soins doit disposer afin de permettre de vérifier si les spécialités pharmaceutiques délivrées ont été prescrites conformément aux recommandations est axé sur les éléments conservés obligatoirement pendant la période de mise sous monitoring visé à l'article 146bis de la loi SSI coordonnée.

18.3. Postes de garde de médecine générale :

Deux mécanismes de financement via l'assurance obligatoire soins de santé sont actuellement prévus pour les postes de garde de médecine générale.

La CNMM participera à l'évaluation des expériences et proposera dans le cadre d'un prochain accord les initiatives adéquates.

18.4. Visant entre autres la promotion de la communication entre médecins, généralistes et spécialistes, la CNMM demande à l'Autorité de tutelle de créer un cadre au sein duquel des réseaux de communications peuvent être développés et une solution technique réalisée pour les généralistes et les spécialistes pour communiquer entre eux de manière sécurisée.

18.5. La CNMM recommande à l'Autorité de tutelle de placer les moyens financiers pour les interventions forfaitaires de dialyse dans les honoraires des médecins.

18.6. La CNMM souhaite collaborer aux initiatives qui procureront une meilleure accessibilité aux défavorisés via l'adaptation du régime du tiers payant.

18.7. La CNMM recommande à l'Autorité de tutelle d'abroger l'article 37bis, § 1bis, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 concernant l'équivalence du montant de la quote-part personnelle de l'assuré dans les prestations effectuées par des médecins accrédités et des médecins non accrédités.

18.8. La CNMM recommande à l'Autorité de tutelle de prévoir une indexation pour l'indemnité informatique.

19. CONCERTATION

19.1. Si l'on veut parvenir à une approche plus qualitative, en matière de consommation de médicaments, de soins palliatifs, de démence et de dépression, de rééducation, de planification et de coordination de soins (en collaboration avec les autres dispensateurs de soins dans le réseau), d'hygiène et de prévention, dans les soins dispensés aux patients séjournant en maisons de repos pour personnes âgées, en maisons de repos et de soins, en centres de court séjour, en centres de soins de jour, le médecin coordinateur et conseiller doit remplir un rôle essentiel. En concertation avec les commissions de conventions concernées, le SPF Santé publique et les Communautés/Régions, la CNMM prend l'engagement de développer ce rôle, de le définir avec une attention particulière pour plus de concertation avec les médecins généralistes qui traitent les résidents.

19.2. La Commission nationale médico-mutualiste entend participer au lancement d'une concertation médico-pharmaceutique, qui permettrait de stimuler une prescription et une utilisation plus efficiente des médicaments et une meilleure compliance thérapeutique ainsi que la mise sur pied d'une meilleure gestion de risques de façon à obtenir un résultat thérapeutique plus optimal. Pour y arriver, une représentation équitable de toutes les parties est primordiale.

19.3. Les partenaires de la Commission nationale médico-mutualiste, en vue de formuler des propositions au Comité de l'assurance dans le cadre du budget 2009, se concerteront sur base régulière.

19.4. La Commission nationale médico-mutualiste évaluera l'impact et les critères d'octroi d'Impulseo I.

20. CONDITIONS D'APPLICATION DE L'ACCORD

20.1. Le médecin qui adhère aux termes du présent accord fournira aux bénéficiaires de l'assurance soins de santé obligatoire les documents nécessaires au remboursement de ses prestations par cette assurance.

20.2. Médecins de médecine générale.

20.2.1. Pour les médecins de médecine générale, sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire, les taux d'honoraires et les indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués à toutes les visites au domicile du malade, aux consultations en cabinet organisées en sorte de représenter soit au moins dix heures par semaine, réparties sur trois jours au moins, soit un nombre d'heures correspondant aux trois-quarts de l'activité en cabinet, à des heures qui conviennent normalement aux bénéficiaires de l'assurance soins de santé, ainsi qu'aux prestations techniques effectuées au cours de ces visites ou consultations.

Pour l'application du présent accord, on entend par exigences particulières :

20.2.2. les consultations réalisées à la demande expresse du patient en dehors des heures normales d'activité telles que visées au sein de cet accord, en dehors des heures durant lesquelles le médecin organise des consultations libres ou sur rendez-vous en dehors du cadre du service organisé;

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

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

20.2.5. 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;

Il est entendu cependant que le malade en traitement, invité à se représenter au cabinet du médecin, a droit à l'application, pour chaque consultation, du régime d'honoraires de la première consultation.

20.3. Médecins spécialistes.

Pour les médecins spécialistes, sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire, les taux d'honoraires et d'indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués aux consultations et aux prestations techniques effectuées dans les conditions suivantes :

20.3.1. lorsque le médecin spécialiste exerce en tout ou en partie en milieu hospitalier, si son activité aux conditions de l'accord représente soit une durée de vingt-cinq heures par semaine au moins comportant son activité hospitalière et/ou ses consultations ouvertes soit les trois-quarts de son activité globale;

20.3.2. lorsque le médecin spécialiste exerce exclusivement en dehors du milieu hospitalier, si son activité en cabinet aux conditions de l'accord est organisée en sorte de représenter soit vingt heures de consultation par semaine au moins, réparties sur quatre jours au moins, soit les trois-quarts de son activité globale, à des heures qui conviennent normalement aux bénéficiaires de l'assurance soins de santé.

Pour l'application du présent accord, on entend par exigences particulières :

20.3.2.1. la demande d'hospitalisation en chambre particulière pour des raisons de convenances personnelles;

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

20.3.2.3. les prestations demandées sur rendez-vous, en dehors des consultations prévues à l'alinéa précédent.

Il est entendu cependant que le malade en traitement, invité par le médecin à se représenter au cabinet, a droit à l'application pour chaque prestation du régime d'honoraires de la première prestation.

20.4. 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 59.835,08 € par ménage, augmentés de 1.993,78 € par personne à charge, lorsqu'il n'y a qu'un seul titulaire;

Soit 39.889,62 € par titulaire, augmentés de 1.993,78 € par personne à charge, lorsqu'il y a plusieurs titulaires.

20.5. En vue de donner aux médecins et aux patients, entre autres, une meilleure idée de leurs droits et obligations réciproques et de garantir leur sécurité juridique, les parties sont d'accord sur les points suivants :

20.5.1. l'harmonisation des termes de l'accord avec les dispositions légales de l'article 50, § 3 de la loi SSI, en ce sens que les médecins sont censés appliquer les tarifs conclus, à l'exception des périodes et des endroits pour lesquels ils ont signalé qu'ils n'appliqueraient pas les termes de l'accord ;

20.5.2. la précision selon laquelle des exigences particulières doivent bien entendu émaner du patient et ne pas faire suite à la manière dont le médecin organise sa pratique ;

20.5.3. l'adhésion partielle concerne tant des consultations que des prestations techniques.

Les contestations concernant le point 20 feront l'objet d'un arbitrage par un collège paritaire composé par la Commission nationale médico-mutualiste et présidé par un fonctionnaire de l'INAMI.

21. CONCILIATION DE CONTESTATIONS

La Commission nationale médico-mutualiste est compétente pour concilier 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 après avoir pris l'avis du Conseil technique médical.

22. DUREE DE L'ACCORD

22.1. Le présent accord est conclu pour une période d'un an (soit du 1^{er} janvier 2008 au 31 décembre 2008).

22.2. L'accord peut être dénoncé, par lettre motivée recommandée à la poste, adressée au Président de la Commission nationale médico-mutualiste :

22.2.1. par une des parties :

22.2.1.1. dans les 30 jours suivant la publication au *Moniteur belge*, de mesures de corrections visées au § 8 de l'article 50 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ou dans les 30 jours après que le Ministre ou le Conseil général ait pris unilatéralement, sur base de l'article 18 de ladite loi coordonnée, des mesures qui modifient les honoraires ou la nomenclature des prestations de santé.

Cette dénonciation peut être générale ou limitée à certaines prestations ou groupes de prestations et/ou à certains dispensateurs concernés par les mesures de correction lorsque les mesures correctrices non prévues dans ledit accord n'ont pas été approuvées par les représentants du corps médical selon les règles prévues à l'article 50, §§ 2, 3 et 8 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994. En cas de dénonciation partielle, la lettre recommandée contiendra aussi les références précises des prestations ou groupes de prestations et/ou des dispensateurs qui sont visés.

Cette dénonciation produit ses effets à la date d'entrée en vigueur des dites mesures de corrections.

22.2.1.2. Les dispositions du présent accord s'appliquent à toutes les prestations qui sont reprises à la nomenclature des prestations de santé le 31 décembre 2007. Si la nomenclature ainsi décrite ou les honoraires sont modifiés unilatéralement par l'Autorité en 2008, l'accord n'est plus d'application pour les dispositions modifiées de la nomenclature ou des honoraires à partir de la date d'entrée en vigueur de cette modification, sauf si cette modification a obtenu l'approbation de la Commission nationale médico-mutualiste.

22.2.1.3 À partir du 22 septembre 2008, en cas de non-ratification des dispositions visées au point 18.1.

22.2.1.4. Dans les trente jours qui suivent la publication au *Moniteur belge* des mesures légales ou réglementaires modifiant unilatéralement les dispositions en vigueur relatives aux suppléments d'honoraires.

22.2.1.5. A partir du 30 septembre 2008, en cas de non-publication des dispositions visées au point 18.2.

22.2.1.6. Une partie est valablement représentée lorsqu'elle réunit au moins 7 des membres qui la représentent à la Commission nationale médico-mutualiste.

22.2.1.7. Toutefois, cette dénonciation ne peut sortir ses effets que si la partie qui dénonce confirme cette dénonciation devant la Commission nationale médico-mutualiste réunie d'urgence, selon les règles de quorum visées à l'article 50, § 2, alinéa 4.

22.2.2. par un médecin :

22.2.2.1. dans les 30 jours suivant la publication au *Moniteur belge*, de mesures de corrections visées au § 8 de l'article 50 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ou dans les 30 jours après que le Ministre ou le Conseil général ait pris unilatéralement, sur base de l'article 18 de ladite loi coordonnée, des mesures qui modifient les honoraires ou la nomenclature des prestations de santé.

Cette dénonciation peut être générale ou limitée à certaines prestations ou groupes de prestations et/ou à certains dispensateurs concernés par les mesures de correction lorsque les mesures correctrices non prévues dans ledit accord n'ont pas été approuvées par les représentants du corps médical selon les règles prévues à l'article 50, §§ 2, 3 et 8 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994. En cas de dénonciation partielle, la lettre recommandée contiendra aussi les références précises des prestations ou groupes de prestations et/ou des dispensateurs qui sont visés.

Cette dénonciation produit ses effets à la date d'entrée en vigueur des dites mesures de corrections.

22.2.2.2. Les dispositions du présent accord s'appliquent à toutes les prestations qui sont reprises à la nomenclature des prestations de santé le 31 décembre 2007. Si la nomenclature ainsi décrite ou les honoraires sont modifiés unilatéralement par l'Autorité en 2008, l'accord n'est plus d'application pour les dispositions modifiées de la nomenclature ou des honoraires à partir de la date d'entrée en vigueur de cette modification, sauf si cette modification a obtenu l'approbation de la Commission nationale médico-mutualiste.

22.2.2.3 À partir du 22 septembre 2008, en cas de non-ratification des dispositions visées au point 18.1.

22.2.2.4. Dans les trente jours qui suivent la publication au *Moniteur belge* des mesures légales ou réglementaires modifiant unilatéralement les dispositions en vigueur relatives aux suppléments d'honoraires.

22.2.2.5. A partir du 30 septembre 2008, en cas de non-publication des dispositions visées au point 18.2.

23. FORMALITES

23.1. 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*, par lettre recommandée à la Poste, adressée à la Commission nationale médico-mutualiste, dont le siège est établi au Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, avenue de Tervueren 211, à 1150 Bruxelles.

Cette lettre comportera les mentions suivantes :

Je soussigné,

Nom et prénoms :

Adresse complète :

.....

.....

Qualité :

Médecin de médecine générale/Médecin spécialiste en

(Biffer la mention inutile)

Numéro d'identification I.N.A.M.I. :

déclare refuser d'adhérer aux termes de l'accord national médico-mutualiste, conclu le 20 décembre 2007.

Date :

Signature :

23.2. Les médecins, autres que ceux qui ont notifié, conformément aux dispositions prévues sous 23.1., leur refus d'adhésion aux termes de l'accord conclu le 20 décembre 2007 à la Commission nationale médico-mutualiste, sont réputés d'office avoir adhéré à cet accord pour leur activité professionnelle complète, sauf s'ils ont, dans les trente jours qui suivent la publication de cet accord au *Moniteur belge*, communiqué les conditions de temps et de lieu dans lesquelles, conformément aux clauses dudit accord :

23.2.1. ils appliqueront les montants d'honoraires qui y sont fixés;

23.2.2. ils n'appliqueront pas les montants d'honoraires qui y sont fixés.

Cette communication doit se faire par lettre recommandée à la Poste adressée à la Commission nationale médico-mutualiste, et ce à l'adresse mentionnée sous 23.1.. La lettre comportera les mentions suivantes :

1° Pour les médecins de médecine générale :

Je soussigné,

Nom et prénoms :

Adresse complète :

Numéro d'identification I.N.A.M.I. :

déclare limiter mon activité professionnelle exercée conformément aux clauses de l'accord national médico-mutualiste, conclu le 20 décembre 2007, dans les conditions de temps et de lieu suivantes :

a) Consultations au cabinet représentant au moins dix heures par semaine, réparties sur trois jours au moins :

Jours	Lieu	Heures
.....
.....

b) Consultations au cabinet représentant au moins les trois-quarts de l'activité professionnelle hebdomadaire :

Jours	Lieu	Heures
.....
.....

L'activité exercée pour les consultations au cabinet en dehors des conditions de l'accord national médico-mutualiste est la suivante :

Jours	Lieu	Heures
.....
.....

Date :

Signature :

2° Pour les médecins spécialistes :

Je soussigné,

Nom et prénoms :

Adresse complète :

Médecin spécialiste en :

Numéro d'identification I.N.A.M.I. :

déclare limiter mon activité professionnelle exercée conformément aux clauses de l'accord national médico-mutualiste, conclu le 20 décembre 2007, dans les conditions de temps et de lieu suivantes :

a) Médecin spécialiste exerçant son activité professionnelle en tout ou en partie en milieu hospitalier :

— Activité professionnelle représentant vingt-cinq heures par semaine au moins :

Temps plein :

Total des heures par semaine	Etablissement
.....

Temps partiel :

Jours	Lieu	Heures
.....
.....

Jours	Lieu	Heures
.....
.....

— Activité professionnelle représentant au moins les trois-quarts de l'activité professionnelle :

Jours	Lieu	Heures
.....
.....

L'activité exercée en dehors des conditions de l'accord national médico-mutualiste est la suivante :

Jours	Lieu	Heures
.....
.....

b) Médecin spécialiste exerçant son activité professionnelle exclusivement en dehors du milieu hospitalier :
— Consultations au cabinet représentant au moins vingt heures par semaine :

Jours	Lieu	Heures
.....
.....

— Consultations au cabinet représentant au moins les trois-quarts de l'activité professionnelle :

Jours	Lieu	Heures
.....
.....

L'activité exercée en dehors des conditions de l'accord national médico-mutualiste est la suivante :

Jours	Lieu	Heures
.....
.....

Date :

Signature :

23.3. Tous changements ultérieurs des conditions de temps et de lieu dans lesquelles, conformément aux clauses de l'accord, les médecins visés sous 23.2. appliqueront les montants d'honoraires qui y sont fixés, peuvent être appliqués soit après un préavis de trente jours soit, sans préavis, après affichage de ces changements dans leur cabinet de consultation.

Ces changements doivent être communiqués par les praticiens intéressés au secrétariat de la Commission nationale médico-mutualiste, soit, sans délai, dès leur application lorsqu'ils sont appliqués après affichage et sans préavis, soit trente jours avant leur application, la date de leur communication constituant le début du délai de préavis visé au premier alinéa.

23.4. Les médecins n'ayant pas notifié, dans les délais fixés par la loi, leur refus d'adhérer à l'accord afficheront dans leur salle d'attente et, en ce qui concerne les institutions, soit dans la salle d'attente, soit dans le local de réception, soit dans le local d'inscription, un document établi suivant les directives du Service des soins de santé de l'I.N.A.M.I. en consultation avec le Conseil national de l'Ordre des Médecins, et qui indique s'ils ont adhéré à l'accord ainsi que les jours et heures de consultation auxquels ils appliquent les tarifs de cet accord et ceux auxquels ils ne les appliquent pas.

Fait à Bruxelles, le 20 décembre 2007.

Les Représentants du banc médical (Absym-Bvas et Cartel-Kartel),

Les Représentants du banc des organismes assureurs

FEDERALE OVERHEIDSDIENST ECONOMIE, K.M.O., MIDDENSTAND EN ENERGIE

[C – 2007/11595]

Raad voor de Mededinging. — Auditoraat. — Vereenvoudigde procedure. — Beslissing nr. 2007-C/C-34-AUD van 18 december 2007. — Zaak MEDE-C/C-07/0035 : GIMV NV-Adviesbeheer GIMV Corp. Investments Belgium 2007 NV/Familie Verbinnen/Jory NV - Lintor NV - Harry Verbinnen BVBA - V.L.O. Management BVBA - Verlirend NV-Wafitra BVBA. — Wet tot bescherming van de economische mededinging, gecoördineerd op 15 september 2006 (1), artikel 61, § 3

1. Op 22 november 2007 ontving het Auditoraat van de Raad voor de Mededinging een aanmelding van een concentratie in de zin van artikel 9, § 1 van de wet tot bescherming van de economische mededinging, gecoördineerd bij het koninklijk besluit van 15 september 2006 (hierna «de wet»). Deze concentratie betreft de verwerving van een indirecte en uitsluitende zeggenschap door GIMV NV en Adviesbeheer GIMV Corporate Investments Belgium 2007 NV (hierna samen «GIMV»), over Jory NV, Lintor NV, Harry Verbinnen BVBA, V.L.O. Management BVBA, Verlirend NV en Wafitra BVBA (hierna samen «Verbinnen groep»).

De aanmeldende partij GIMV heeft toepassing gevraagd van de vereenvoudigde procedure zoals bepaald in artikel 61, § 1, van de wet.

2. GIMV, Karel Oomsstraat 13, 2018 Antwerpen, investeert als investeringsmaatschappij in niet-beursgenoteerde ondernemingen die actief zijn in traditionele sectoren.