

## SERVICE PUBLIC FEDERAL SECURITE SOCIALE

[C – 2008/22705]

## Accord national médico-mutualiste 2009-2010

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 (dénommée ci-après CNMM), sous la Présidence de M. Johan DE COCK, a conclu le 17 décembre 2008, l'accord suivant :

## 1. LIGNES DIRECTRICES DE L'ACCORD NATIONAL

En concluant cet accord, la CNMM garantit une adaptation intégrale des honoraires à l'évolution de l'indice. Elle poursuit invariablement, d'une part les efforts consentis en matière de revalorisation et de soutien aux médecins généralistes et, d'autre part, le rééchelonnement des honoraires des médecins spécialistes.

La CNMM s'engage dans des défis nouveaux à travers le développement du dossier médical global en matière de prévention, et la mise sur pied des conditions nécessaires à une organisation plus adéquate des services de garde.

Cet accord prévoit une plus grande accessibilité pour les patients, à travers non seulement plusieurs réductions du ticket modérateur mais également par l'extension du régime du tiers-payant social et une transparence accrue quant aux conditions d'application de l'accord.

La CNMM a pleinement conscience du cadre économique et budgétaire difficile. Elle prendra toutes les mesures nécessaires — le cas échéant ciblées sur les écarts de pratique non justifiés — au niveau de la nomenclature et du comportement prescripteur dans un souci d'usage rationnel des moyens de l'assurance maladie, contribuant ainsi à instaurer des soins de santé durables et accessibles.

## 2. OBJECTIF BUDGETAIRE PARTIEL 2009

La CNMM prend acte du montant de l'objectif budgétaire partiel 2009, fixé par le Conseil général à 6.745.365 milliers d'euros, dans lequel une masse d'indice de 276,348 millions d'euros est contenue ainsi qu'un montant de 50,2 millions d'euros pour de nouvelles initiatives et un montant de 29,7 millions d'euros dans le cadre du Plan cancer.

Le Conseil général a aussi convenu d'une économie à réaliser pour un montant de 13,8 millions d'euros.

La CNMM engage sa responsabilité en prévoyant des mesures structurelles d'économies et des actions ciblées en réponse aux constatations des rapports d'audit permanent.

De cette manière, un montant de 32,6 millions d'euros sera économisé en 2009. De ce montant, 18,8 millions d'euros peuvent être ajoutés aux moyens pour de nouvelles initiatives. Enfin, la CNMM peut aussi disposer d'un montant non affecté de 1,268 millions d'euros de la mesure N0405/07 (oncologie).

La CNMM dispose donc, en plus de la masse d'index, d'un montant de 100 millions d'euros, réservé pour 1/3 aux médecins généralistes et pour 2/3 aux médecins spécialistes.

Médecins : masse disponible	
A) Masse d'index	276.348
B) Autres	100.000
Nouvelles initiatives	50.195
Plan cancer	29.697
Correction gouvernement (index ou autre)	- 13.817
Budget restant des projets N0405/07 et N08/GS/00	1.268
Mesures structurelles Médico-Mut	32.657
Total	376.348

## Mesures structurelles :

La CNMM constate que pour une série de prestations, il existe de très importants dépassements budgétaires et des indications d'écarts importants dans l'usage et l'usage inapproprié de celles-ci.

Le Conseil technique médical (dénommé ci-après CTM) proposera sans tarder des mesures structurelles de correction pour les prestations retenues.

En attendant ces mesures, la CNMM prend les mesures suivantes, qui, le cas échéant, seront levées lors de l'entrée en vigueur des propositions du CTM.

La CNMM soutient le fait que les organes compétents imposent un respect rigoureux et univoque des dispositions concernant les prestations figurant dans la nomenclature des prestations de santé en général et des prestations retenues ici en particulier.

Mesures structurelles :	
N0910/23 Physiothérapie : 558994 : K60 indexé => K45 non indexé	- 3.720
N0910/24 Transfusion de sang : supprimer prestation 470271-470282	- 2.400
N0910/25 Désobstruction shunt Scribner : supprimer la prestation 470035-470046	- 750
N0910/01 Phaco-émulsification : 246912-246923 : N505 => N475 cataracte	- 2.686
N0910/01 Phaco-émulsification : 246912-246923 : N505 => N475 : impact sur l'anesthésie	- 11.860
N0910/02 Percutané : prestation 589411-589422 : règle d'interprétation + règle d'application nomenclature	- 2.752
N0910/03 Cathéter supra-pubien	- 700
N0910/04 Médecine d'urgence : mesure pour une équivalence sur le fond	- 7.789
P0910/01 Carboxyhémoglobine : circulaire	pm
Total mesures structurelles	- 32.657

En attente des mesures structurelles, les mesures suivantes sont prises à titre provisoire :	
H0910/01 Physiothérapie : 558994 : équivalent du N0910/23 via lettre-clé	- 3.720
H0910/06 Transfusion de sang : prestation 470271-470282 : lettre-clé à 0	- 2.400
H0910/07 Désobstruction shunt Scribner : 470035-470046 : lettre-clé à 0	- 750
H0910/02 Phaco-émulsification : diminution lettre-clé 246912-246923 dans l'attente de N0910/01 (jusqu'au 31/03/2009)	- 2.686
H0910/03 Anesthésie : gel de la masse d'index en anesthésie (article 12) dans l'attente de N0910/01 (jusqu'au 31/03/2009)	- 12.581
H0910/04 Médecine d'urgence : spécialiste appelé => équivalent à la consultation de base	190
H0910/05 Médecine d'urgence : suppléments 590855 et 590833 : mettre lettre-clé à 0 en attente de N0910/04	- 7.979

### 3. HONORAIRES 2009-2010 : INDEXATION ET REVALORISATION

#### NOMENCLATURE 2009-2010 (annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984)

La CNMM maintient sa vision qu'il est nécessaire, 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.

Compte tenu de l'engagement pris par la CNMM, dans le cadre de l'accord 2008, de réévaluer la nomenclature des médecins spécialistes, et notamment de s'engager à ce que, pour les quatre années qui suivent, au moins un montant identique à celui dégagé pour l'accord 2008, à savoir 29,5 millions d'euros, soit libéré pour de nouvelles initiatives dans ces secteurs, la CNMM a affecté un montant de 31 millions à des mesures de réévaluation dans la psychiatrie, la pédiatrie, la gériatrie, la médecine interne et l'oncologie.

Cet effort sera poursuivi durant les prochaines années pour ces spécialistes et éventuellement pour d'autres spécialistes.

3.1. MEDICINS GENERALISTES	
3.1.1. Indexation médecins généralistes	2009 Budget (milliers €)
H0910/08 Les honoraires tels qu'ils étaient fixés au 31 décembre 2008, sont indexés de façon linéaire de 4,32 % au 1 <sup>er</sup> janvier 2009.	49.411
Total indexation médecins généralistes	49.411

3.1.2. Honoraires des médecins généralistes Les mesures entrent en vigueur le 1 <sup>er</sup> janvier 2009	2009 Budget (milliers €)
H0910/09 Revalorisation de l'honoraire du DMG à 27,50 euros	3.240
H0910/17 109723 : Visite à un patient hospitalisé à l'hôpital par un médecin généraliste agréé = visite à domicile	11
Total honoraires des médecins généralistes	3.251

3.1.3. Nomenclature des médecins généralistes	2009 Budget (milliers €)
N0910/05 Groupe-cible 45-74 ans : prévention DMG + 10 euros	15.195
N0910/06 Groupe-cible 45-74 ans : prévention DMG => consultation bénéficiaire régime préférentiel pas de ticket modérateur, consultation bénéficiaire sans régime préférentiel max 3 euros de ticket modérateur	5.662
N0910/07 Visite du patient en hôpital psychiatrique	1.016
Total Nomenclature des médecins généralistes	21.873

3.1.4. Projets des médecins généralistes	2009 Budget (milliers €)
P0910/02 Diminution ticket modérateur visite enfant jusqu'à 10 ans. Jusqu'à 2 X le ticket modérateur de la consultation	1.900
P0910/03 IMPULSE III	6.000
P0910/04 Soutien de la pratique : seuil d'activité durant 5 ans	150
P0910/05 Prolongation de l'expérimentation (1.302 milliers euros)	pm
P0910/06 Poste de garde (1.500 milliers euros)	pm
Total projets des médecins généralistes	8.050

3.2. MEDECINS SPECIALISTES	
3.2.1. Indexation médecins spécialistes	2009 Budget (milliers €)
H0910/08 Les honoraires tels qu'ils étaient fixés au 31 décembre 2008, sont indexés de façon linéaire de 4,32 % au 1 <sup>er</sup> janvier 2009 (sauf la rubrique anesthésie, qui en attente des mesures structurelles voit s'appliquer une suspension de l'index : voir H0910/03).	226.937
Total indexation médecins spécialistes	226.937

3.2.2. Honoraires des médecins spécialistes Les mesures entrent en vigueur le 1 <sup>er</sup> janvier 2009	2009 Budget (milliers €)
H0910/10 Psychiatrie : revalorisation surveillance en service A : + 15 %	4.788
H0910/11 Psychiatrie : revalorisation surveillance en service K : + 20 %	764
H0910/12 Psychiatrie : ralentissement progressif surveillance en K	499
H0910/13 Pédiatrie : examen du nouveau-né : doublement	3.055
H0910/14 Interniste : surveillance en service D + 10 %	4.300
H0910/15 Revalorisation des actes techniques pour enfants article 20d + 10 %	1.705
H0910/16 Gynécologie : art. 14g + 8 %	2.198
Total honoraires des médecins spécialistes	17.309

3.2.3. Nomenclature des médecins spécialistes	2009 Budget (milliers €)
N0910/08 Psychiatrie : concertation pluridisciplinaire à l'hôpital dans un service T	5.000
N0910/09 Psychiatrie : graves troubles du comportement et/ou patients agressifs	210
N0910/10 SP Psychogériatrie : jour 1 à 12	280
N0910/11 Psychiatrie de liaison pour enfants : extension à tous les services	0
N0910/12 Discussion en équipe pour la psychiatrie infanto-juvénile en ambulatoire	423
N0910/13 Psychiatrie : accueil de crise	0
N0910/14 Pédiatrie : permanence en service E : 240 euros	6.401
N0910/15 Gériatrie : équipe de liaison consultation hors du service G	543
N0910/16 Oncologie	1.811
N0910/17 Gratuité suivi spécifique femmes à « hauts risques » - Cancer du sein	2.000
N0910/18 Effet COM : consultation de longue durée, obligation COM, revalorisation, implication des médecins généralistes.	5.243
N0910/19 Chirurgie : art 14e - placement et retrait de l'ECMO	74
N0910/20 Chirurgie : art 14d - HIPEC	169
N0910/21 Dermatologie : 532534-545, 532556-560, 532571-582 revalorisation de K30 jusqu'à K50	612
N0910/22 Hélicobacter pylori	347
N0910/23 Révision art. 13 soins intensifs	8.960
N0910/24 Ophtalmologie : Art. 14h fluoangiographie digitale : à dater du 01/07/2009 (9.255 sur base annuelle)	4.628
N0910/25 Imagerie médicale : mammographie digitalisée	8.000
N0910/26 Dermatologie : photothérapie dynamique	520
N0910/27 Extension indications chirurgie bariatrique	740

3.2.3. Nomenclature des médecins spécialistes	2009 Budget (milliers €)
N0910/28 Dossier Hépatite C	164
N0910/29 Harmonisation des honoraires de permanence avec prestations en hôpital de jour	843
N0910/30 Revalorisation consultation de conseil génétique	524
Total nomenclature des médecins spécialistes	47.492

3.2.4. Projets des médecins spécialistes	2009 Budget (milliers €)
P0910/07 Psychiatrie : dédoublement permanence neurologique/psychiatrique	2.025
Total projets des médecins spécialistes	2.025
Total	376.348

#### 4. PRIORITES POUR L'ANNEE 2010 CONCERNANT LA NOMENCLATURE ET LES HONORAIRES

##### Généralistes :

Sur la base de l'évaluation à laquelle elle s'est engagée, la CNMM prendra une décision sur les honoraires dans le cadre de la disponibilité et des permanences le soir et sur les mesures qui étayent une organisation adéquate du service de garde des médecins généralistes.

##### Spécialistes :

Sans préjudice de l'effort lié au soutien et à la promotion de la médecine générale et du rééquilibrage de la nomenclature, la CNMM, avec le CTM, prépareront prioritairement au cours de l'année 2009, conformément aux lignes de force du présent accord, les projets suivants et évalueront leur coût en vue d'une éventuelle entrée en vigueur en 2010, tenant compte des moyens financiers disponibles :

- revalorisation de l'acte intellectuel des neurologues et rhumatologues;
- revalorisation des services SP psychogériatriques dans les hôpitaux généraux (jour 13 - 60);
- introduction de la concertation multidisciplinaire au niveau des services A;
- introduction de l'honoraire de coordination du pédiatre en hôpital de jour;
- actualisation de la nomenclature de la chirurgie orthopédique et de la pneumologie;
- une révision en profondeur du système des permanences et des disponibilités au sein et pour l'hôpital;
- revalorisation de l'indemnité du pédiatre néonatalogue pour le service NIC.

#### 5. BIOLOGIE CLINIQUE ET IMAGERIE MEDICALE

Concernant les enveloppes pour la biologie clinique et l'imagerie médicale, la CNMM décide de transmettre au Conseil général les propositions suivantes.

La CNMM a constaté que le nombre d'agrèments d'appareils RMN, dont il a été tenu compte lors de la fixation du budget 2008, n'a pas tout à fait été réalisé dans les faits. Pour cette raison, elle propose de revoir l'enveloppe pour l'imagerie médicale pour 2008 et de la fixer à 786.716 milliers d'euros, dont 566.664 milliers d'euros pour les prestations en ambulatoire et 220.052 milliers d'euros pour les prestations en hôpital.

Compte tenu du constat qui précède, ainsi que des mesures non exécutées en 2007 pour la biologie clinique, il est convenu, pour l'année 2009 :

- de fixer les écarts algébriques concernant l'année 2007, qui seront réglés en 2009, à 51.393.000 euros pour la biologie clinique et à 7.334.000 euros pour l'imagerie médicale;

- de fixer les enveloppes pour la biologie clinique et l'imagerie médicale comme suit :

- 1.187.478.000 pour la biologie clinique  
dont 589.920.000 pour les prestations en ambulatoire  
et 597.558.000 pour les prestations en hôpital;
- 883.567.000 pour l'imagerie médicale  
dont 615.807.000 pour les prestations en ambulatoire  
et 267.760.000 pour les prestations en hôpital.

Cela correspond à une diminution de l'objectif budgétaire partiel 2009 de 746.000 euros pour la biologie clinique et de 33.962.000 euros pour l'imagerie médicale.

Par ailleurs, la CNMM souhaite, compte tenu des résultats des discussions, dans la task force annoncée par le gouvernement, revoir le système de fixation des enveloppes et la base de calcul.

#### 6. MEDICAMENTS

La CNMM a pris connaissance de la décision du Conseil général du 13 octobre 2008 de formuler pour 2009 des objectifs concrets en matière de prescription sur le plan des médicaments « moins onéreux ». À cette occasion, la CNMM a été invitée à formuler d'éventuelles propositions alternatives, une économie de 42,5 millions d'euros devant - en tout cas - être réalisée.

La CNMM est convaincue de la nécessité de stimuler une nouvelle optimisation d'un usage rationnel des médicaments en étant attentif à la fois à l'accessibilité financière pour le patient et à la nécessaire qualité des soins.

Dans cette perspective, la CNMM souhaite, au lieu des pourcentages de prescription proposés par le Conseil général, prendre un ensemble de mesures et d'actions à l'égard de tous les médecins prescripteurs pour réaliser l'objectif visé depuis trois points de vue :

- a. encourager, pour le traitement initial, la prescription des molécules les moins onéreuses.

La CNMM constate que la part des médicaments les moins onéreux est actuellement de 42 % du nombre total de DDD. La CNMM s'engage à ce que cette part soit augmentée.

Afin d'entreprendre de nouvelles démarches sur ce plan, sans déroger à la qualité des soins ou des besoins thérapeutiques, la CNMM propose de se concentrer en premier lieu sur les traitements initiaux, qu'ils soient entamés par un médecin généraliste ou un médecin spécialiste. De cette manière, il n'est pas nécessaire de modifier les traitements en cours.

Les médecins qui adhèrent à cet accord s'engagent, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2009, à l'initiation des traitements avec une spécialité pharmaceutique appartenant aux 6 groupes suivants :

- IPP (AO2BC)
- Inhibiteurs de l'ECA et sartans (CO9)
- Statines (C10AA)
- Fluconazole et Itraconazole (JO2AC)
- AINS (MO1A)
- ISRS (NO6AB)

en principe et dans au moins 8 cas sur 10, à débiter avec une des molécules les moins onéreuses d'un groupe (cf. annexe 1) pour autant qu'il n'existe pas de contre-indication et que les objectifs thérapeutiques soient atteints. A cet égard, sont recommandées en priorité les spécialités pour lesquelles aucun supplément ne peut être porté à charge des patients ou les prescriptions mentionnant la DCI.

Les médecins qui adhèrent à l'accord s'engagent également à recommander une des molécules les moins onéreuses à leurs collègues médecins généralistes et médecins spécialistes dans l'optique de démarrer un traitement au moyen d'une spécialité pharmaceutique appartenant à un des six groupes ci-avant cités.

Dans le courant du premier trimestre, la CNMM organisera un feed-back individuel. Par ailleurs, la CNMM charge les commissions de profils concernées d'organiser un monitoring permanent et invite les GLEM à mener la concertation nécessaire à ce sujet.

Dans le courant du quatrième trimestre, la CNMM effectuera une première évaluation. La CNMM s'engage à prendre des mesures complémentaires si les objectifs fixés n'étaient pas ou étaient insuffisamment atteints.

b. réduire un volume trop élevé injustifié de médicaments prescrits par certains dispensateurs de soins.

La CNMM a pris connaissance d'une analyse calculant pour différentes classes de médicaments le rapport entre les DDD de la classe par patient du groupe d'âge + 50 ans. À ce sujet, on a constaté que pour les neuf classes sélectionnées mentionnées en annexe 2, près de 2.500 prescripteurs dans plus de deux classes et près de 1 400 prescripteurs dans plus de trois classes se situent dans le 10<sup>e</sup> décile (P90).

La CNMM propose que les commissions de profils concernées écrivent aux médecins en question et les invitent à fournir les éclaircissements nécessaires.

La CNMM s'engage à prendre des mesures complémentaires si les objectifs fixés n'étaient pas ou étaient insuffisamment atteints.

c. développer des initiatives e.a. en matière de compliance thérapeutique, de polymédication, et d'autres indicateurs.

La CNMM charge le Comité d'évaluation des pratiques médicales en matière de médicaments de développer une série d'indicateurs en matière de prescription de qualité. Ces indicateurs ont pour objet de mener des actions pour la qualité dans divers domaines. Pour ce faire, il est possible de prendre comme point de départ les analyses du Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik.

De même, la CNMM entamera la concertation en collaboration avec les représentants des organisations représentatives des pharmaciens. Cette concertation médico-pharmaceutique sera organisée au sein des GLEM ou des cercles sur des problèmes tels que la compliance thérapeutique, la polymédication, l'application concrète de la prescription sous le nom du principe actif au niveau local, la mise au point d'un dossier pharmaceutique, le gestion du risque... Cette concertation sera appuyée par l'INAMI. La concertation médico-pharmaceutique sera accompagnée par un groupe de direction composé d'un nombre égal de représentants de médecins, pharmaciens, et organismes assureurs. La CNMM estime qu'une attention prioritaire doit être accordée à l'usage rationnel de médicaments dans les MRPA/MRS.

## 7. DOSSIER MEDICAL GLOBAL

La mission préventive du médecin généraliste et le développement et la promotion du dossier médical global

7.1. La CNMM renforce et étend sa politique relative au dossier médical global. La CNMM veut soutenir le rôle central du médecin généraliste en matière de prévention et faire intervenir le dossier médical global comme outil de prévention central : elle élaborera à cet effet une proposition intégrée pour le 1<sup>er</sup> juillet 2009.

Un montant total de 24,097 millions d'euros est prévu pour ces mesures.

7.2. Renforcement et extension du DMG

7.2.1. Honoraires pour le DMG

À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2009, les honoraires pour le dossier médical global (codes 102771 et 102793) sont portés à 27,50 euros (coût supplémentaire de 3,240 millions d'euros).

7.2.2. Attestation et paiement plus souple des honoraires DMG

Afin de réduire au maximum le seuil pour l'attestation du DMG tant pour le patient que pour le médecin généraliste, la CNMM charge un groupe de travail de formuler des propositions concernant l'extension et le renforcement du système du tiers payant social, le transfert électronique des données de facturation et le paiement plus rapide des organismes assureurs aux médecins généralistes.

La CNMM élaborera une proposition sur la base de laquelle le règlement relatif à la prolongation du DMG s'adapte à un système de prolongation plus automatique en vue d'un paiement plus souple des honoraires pour la prolongation de la gestion du DMG.

7.3. Le rôle du médecin généraliste dans les soins de santé préventifs

7.3.1. Objectifs prioritaires et budget

Pour promouvoir le rôle préventif du médecin généraliste, un montant de 20,857 millions d'euros est disponible sur base annuelle. La CNMM fixera les objectifs prioritaires dans ce cadre budgétaire. Parmi ces objectifs, citons uniquement à titre d'exemples, la vaccination contre la grippe chez les personnes âgées de plus de 65 ans et les maladies chroniques, le dépistage du cancer colorectal chez des patients âgés entre 50 et 74 ans, le dépistage des facteurs de risques cardiovasculaires, l'entretien sur le tabagisme et les conseils en matière d'arrêt de consommation de tabac

7.3.2. Organisation pratique du rôle du médecin généraliste dans le cadre des soins préventifs au niveau de l'état de santé de son patient

Le CTM développera les modalités d'un module de prévention destiné au médecin généraliste qui comprennent les éléments suivants :

- le lancement du module de prévention entre le médecin généraliste et son patient;
- la gestion du module;
- la durée du module;
- la poursuite de l'application du module après la première année.

Le CTM développera ces modalités en vue de son implémentation dans le dossier médical électronique, sans que cela ne mette en péril l'utilisation du module par des médecins généralistes non informatisés.

Le Conseil national de promotion de la qualité (CNPQ) rédigera des recommandations en ce qui concerne les objectifs préventifs mesurables qui seront prévus pour chaque groupe cible.

Enfin, la réglementation précisera les implications du lancement et de la prolongation d'un module de prévention pour l'ouverture et la prolongation de la gestion du dossier médical global.

La CNMM développera des mesures supplémentaires pour l'utilisation du dossier médical électronique. Elle insiste auprès du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement pour qu'il entame au premier semestre 2009 l'enregistrement des pratiques de groupe de médecins généralistes de sorte que les « primes » puissent également être accordés dans le cadre du module de prévention ainsi que des trajets de soins lorsqu'un patient fait appel à un médecin généraliste de la pratique de groupe autre que le médecin généraliste qui gère son dossier médical global.

### 7.3.3. Honoraires pour le médecin généraliste

Le médecin généraliste qui communique à l'organisme assureur le lancement d'un module de prévention avec son patient qui possède un DMG recevra tous les ans de cet organisme assureur au moyen d'un code spécifique, des honoraires de prévention forfaitaires qui est fixé en 2009 à un montant de 10 euros à titre d'honoraires supplémentaires aux honoraires de gestion du dossier médical global.

Conformément à la nomenclature existante relative au dossier médical global, le CTM élabore une proposition intégrée suivant laquelle :

- le paiement des premiers honoraires de prévention forfaitaires sera subordonné à la communication à l'organisme assureur du lancement du module de prévention;
- les honoraires de prévention forfaitaires pour les 2 années suivantes seront payés automatiquement par l'organisme assureur;
- les honoraires forfaitaires pour l'année suivante seront payés après réception par l'organisme assureur de la mise à jour du module de prévention.

A cet effet, des données relatives aux activités effectuées dans le cadre du module de prévention seront collectées de la manière déterminée par la CNMM.

### 7.3.4. Encouragement pour le patient

Le bénéficiaire qui conclut un module de prévention avec son médecin généraliste maintient en tout cas, pour la durée d'application du module, le droit à la réduction du ticket modérateur. Ceci vaut pour les patients ayant un dossier médical global dans le cadre des consultations et des visites à domicile par leur médecin généraliste et le/les médecin(s) généraliste(s) qui collabore(nt) avec lui.

Ces réductions du ticket modérateur aux consultations consistent en un remboursement complet pour les bénéficiaires d'une intervention majorée de l'assurance et une réduction jusqu'à 3 euros pour les autres bénéficiaires.

### 7.3.5. évaluation

La CNMM développera un système d'évaluation grâce auquel, à l'instar du système proposé pour l'évaluation des trajets de soins, les principaux objectifs de prévention mesurables seront enregistrés, de sorte que l'évaluation de l'action de prévention des médecins généralistes puisse être organisée à différents niveaux, y compris celui de la CNMM et des GLEM. A cet effet, des données relatives aux activités effectuées dans le cadre du module de prévention seront collectées de la manière déterminée par la CNMM.

## 8. SOUTIEN DE LA PRATIQUE DE LA MEDECINE GENERALE

8.1. L'intervention annuelle, visant à soutenir la pratique de la médecine générale 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, est fixée pour l'année 2009 à 1.043 euros.

Pour l'octroi de cette intervention, il est 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, de la constatation que durant l'année d'octroi, des honoraires de disponibilité ont été accordés au moins une fois ou de la notification à l'Institut de l'inscription au service. Si néanmoins, les données d'activité de la deuxième année précédant l'année de l'octroi n'atteignent pas le seuil, il est pris en compte l'activité moyenne calculée sur cinq années.

A partir de 2010, le montant de cette intervention est adapté à l'index de manière identique aux honoraires.

### 8.2. Fonds d'impulsion pour la médecine générale

8.2.1. Sur la base de son évaluation, la CNMM formulera des propositions en vue d'affiner la réglementation existante élaborée dans le cadre du Fonds d'impulsion pour la médecine générale afin de promouvoir l'installation de médecins généralistes récemment agréés d'une part et de médecins généralistes agréés dans des zones qui ressortissent de la politique des grandes villes ou dans des zones à faible densité médicale d'autre part.

8.2.2. Intervention dans le coût salarial d'un employé qui assiste le médecin généraliste dans l'organisation et l'accueil de sa pratique.

8.2.2.1. La CNMM préparera, sur la base de l'article 36duodecies de la loi SSI, instauré par la loi du 24 juillet 2008, une proposition de système d'intervention dans la charge salariale d'employés qui assistent les médecins généralistes dans l'organisation administrative et l'accueil dans leur pratique. L'intervention annuelle maximale dans la charge salariale est calculée en fonction du nombre de médecins généralistes pour lesquels l'employé travaille, que ces médecins généralistes travaillent en solo ou en regroupement, de la durée hebdomadaire de l'occupation et du nombre de dossiers médicaux globaux (DMG) gérés. La CNMM émettra avant le 31 mars 2009 un avis sur les modalités concrètes de ce système d'intervention et sur les mesures de transition pour les médecins généralistes qui pour l'année 2007 avaient déjà droit à une intervention dans la charge salariale de leur employé.

8.2.2.2. La réglementation produira ses effets à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009 et concernera les salaires qui ont été pris en charge à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008.

### 8.2.3. Soutien financier des médecins généralistes qui échangent des données dans le cadre de leur collaboration

La CNMM développera un système de soutien financier pour les médecins généralistes qui échangent des données relatives à leurs patients en exécution d'un accord de coopération mutuel. L'intervention portera sur l'installation et la mise en service de matériel informatique d'une part et sur son utilisation fonctionnelle d'autre part.

## 9. DES SERVICES DE GARDE DE MEDECINE GENERALE ORIENTES VERS L'AVENIR

9.1. La CNMM poursuivra à l'avenir ses efforts visant à soutenir des services de garde de médecine générale performants.

9.2. La CNMM attache une grande importance à l'apport des cercles de médecins généralistes afin d'offrir à la population des services de haute qualité dans le cadre des services de garde. La CNMM encourage les initiatives des cercles, désireux de garantir ces services, en optimisant - dans le cadre de la réglementation existante sur l'organisation des services de garde - la contribution des médecins généralistes disponibles pour le service de garde, et en renforçant l'accessibilité aux patients. Un montant de 1.500.000 euros est disponible à charge du budget des frais d'administration de l'INAMI en 2009 pour ces initiatives, qu'il convient d'ajouter aux moyens financiers déjà disponibles pour les postes de garde de médecins généralistes dans les grandes villes et à l'extérieur de celles-ci (à concurrence de 5.100.000 euros).

La CNMM élaborera également un système par lequel les honoraires de disponibilité dus pour une zone de médecine générale déterminée pourront être utilisés par le cercle de médecins généralistes et être redistribués en vue d'honorer dûment les médecins généralistes qui participent à des formes d'organisation innovantes comme celles qui sont précitées.

9.3. Afin de rester cohérente par rapport à ses autres instruments stratégiques en matière de permanence, de disponibilité et de soutien aux services de garde, et en tenant compte des résultats obtenus suite à l'évaluation des expériences en cours, la CNMM fixera, dans le courant de l'année 2009, les orientations de base visant un financement plus structurel des postes de garde de médecins généralistes - y compris ceux établis dans les grandes villes - afin d'implémenter le nouveau système dans le courant de 2010.

9.4. La CNMM développera sa politique de soutien aux services de garde de médecine générale conformément au Conseil fédéral des cercles de médecins généralistes.

## 10. TRAJETS DE SOINS

10.1. La CNMM confirme l'entrée en vigueur du système des trajets de soins au 1<sup>er</sup> avril 2009.

10.2. Les organisations professionnelles représentatives des médecins et des organismes assureurs s'engagent à un partenariat actif pour mener ensemble avec l'INAMI une large campagne d'information et de communication relativement aux trajets de soins.

10.3. Dans l'optique d'une entrée en vigueur harmonieuse au 1<sup>er</sup> avril 2009, la CNMM, durant le premier trimestre :

- fixera les critères d'inclusion des patients avec insuffisance rénale chronique;
- présentera au Comité de l'assurance soins de santé de l'INAMI un projet de contrat de trajets de soins pour les patients avec diabète type 2 et les patients avec insuffisance rénale chronique;
- formulera des propositions pour l'optimisation de l'accès à des médicaments spécifiques pour les patients dotés d'un trajet de soins pour insuffisance rénale chronique;
- développera, en concertation avec le Conseil d'accord élargi en matière d'autorégulation du diabète et la Commission de convention praticiens de l'art infirmier - organismes assureurs, un système par lequel les patients diabétiques auront accès au matériel d'autocontrôle et à l'éducation au diabète;
- développera via le groupe de travail « trajets de soins » de la CNMM un modèle pour la collecte des données relative à l'évaluation des trajets de soins.

## 11. PERMANENCE ET DISPONIBILITE

### 11.1. Médecins généralistes

La CNMM décide de prolonger jusqu'à la fin de l'année 2009 l'expérience mise en place par le point 11 de l'accord 2008.

Durant le second semestre de l'année 2009, la CNMM évaluera l'effet des mesures liées à cette expérience 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 base des conclusions de cette évaluation, la CNMM fixera, avant la fin de l'année 2009 et dans le cadre des moyens disponibles, les orientations futures tant du supplément de garde que du supplément de permanence.

### 11.2. Disponibilité des médecins spécialistes

L'arrêté royal du 29 avril 2008 réglant les honoraires de disponibilité des médecins spécialistes dans les hôpitaux sera précisé. Lorsqu'un médecin spécialiste est simultanément disponible pour plusieurs hôpitaux au cours d'un jour férié légal ou d'un week-end, les honoraires de disponibilité ne peuvent être payés qu'à un seul hôpital/conseil médical. Dans ce cas, les médecins en chef des hôpitaux concernés doivent se concerter afin de savoir lequel attestera les honoraires.

En outre, la CNMM préparera une révision globale du système des permanences et des disponibilités au sein et pour l'hôpital.

## 12. SIMPLIFICATION ADMINISTRATIVE ET INFORMATISATION

12.1. Dans le cadre de la simplification administrative et de l'informatisation, la CNMM entreprendra les actions suivantes :

- la consultation et le téléchargement via INTERNET de formulaires officiels standardisés de demande de remboursement Chapitre IV;
- la simplification de la prescription de médicaments pour les malades chroniques de sorte que les différents conditionnements d'une même spécialité puissent figurer sur la même prescription;
- la poursuite du développement du dossier d'accréditation informatisé;
- le développement d'un module d'informatique permettant aux médecins de consulter et de modifier leurs données de contacts;
- la communication online des feedbacks aux médecins relatifs à leur comportement prescripteur de médicaments;
- le développement d'une procédure électronique en vue des élections médicales de 2010;
- la création d'un système informatisé pour l'application du tiers payant social;
- le démarrage des travaux devant conduire à la suppression des documents de facturation papier pour les prestations ambulatoires de biologie clinique et les conseils médicaux;

12.2. La CNMM souhaite collaborer de manière active et constructive au succès de la plate forme e-Health et à l'ASBL E-care. Elle insiste pour qu'au moment de l'échange de données médicales, les garanties nécessaires soient fournies sur le plan de la protection de la vie privée et du respect de la déontologie médicale. Elle estime qu'il n'est pas conseillé d'imposer des mesures contraignantes au cours de l'accord.

12.3. La CNMM insiste auprès du CTM afin que la nomenclature soit adaptée visant à étendre les possibilités de prescription électronique de prescriptions médicales.

12.4. La CNMM poursuivra ses travaux au sein d'un planning global au niveau de l'INAMI concernant :

- une communication électronique sécurisée de données médicales, administratives et sociales règlementairement exigées ou de documents entre les médecins et les (médecins conseils des) organismes assureurs (par exemple Chapitre IV - médicaments);

- facturation électronique de prestations ambulatoires en application du régime du tiers payant. La possibilité sera examinée pour également permettre l'application du régime du tiers payant via la facturation électronique pour les prestations qui sont actuellement exclues.

- en accord avec les représentants des pharmaciens autoriser la prescription électronique de médicaments dans et en dehors de l'hôpital.

12.5. La CNMM souhaite aussi soutenir des projets pilotes qui permettent une application de la télémédecine et du télémonitoring entre autres dans le cadre des trajets de soins.

12.6. La CNMM insiste finalement pour que l'INAMI dans le cadre du réseau d'établissements publics de sécurité sociale prenne des initiatives afin de simplifier les formulaires et attestations dans le secteur des accidents de travail, des maladies professionnelles et intervention patients handicapés et d'éviter le double emploi.

### 13. STATUT SOCIAL

13.1. En vue de stimuler le caractère attractif de l'adhésion à l'accord, la CNMM formule l'avis selon lequel :

13.1.1. le montant du statut social pour l'année 2009 est fixé à 4.103,00 euros pour les médecins qui sont réputés de plein droit avoir adhéré au présent accord pour leur activité professionnelle complète;

13.1.2. le montant du statut social pour l'année 2009 est fixé à 2.018,00 euros pour les médecins qui ont, dans les trente jours qui suivent la publication de cet accord au *Moniteur belge*, communiqué à la CNMM les conditions de temps et de lieu selon lesquelles, conformément aux clauses dudit accord, et particulièrement aux dispositions du point 18, ils pourront ne pas appliquer les montants d'honoraires qui y sont fixés.

13.2. La CNMM propose que les périodes d'interruption de travail que sont l'incapacité de travail et le congé de maternité soient assimilées à des périodes d'activité.

### 14. ACCESSIBILITE DU PATIENT

14.1. 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.

#### 14.2. Tiers-payant social

En vue d'assurer une accessibilité optimale aux soins à certains groupes d'assurés, le régime du tiers payant, prévu dans l'AR du 10 octobre 1986, sera appliqué à partir de la mi-2009 pour les honoraires concernant le dossier médical global, avec et sans module de prévention, demandé par le patient ainsi que pour les honoraires dans le cadre des trajets de soins.

Les organismes assureurs s'engagent à développer une procédure commune et simple afin d'assurer un paiement rapide des honoraires dus.

À terme, cette procédure sera intégrée dans le cadre du projet My Carenet.

#### 14.3. Chirurgie robotique

La CNMM insiste pour que le Conseil technique des implants transmette au Comité de l'assurance, pour avant la fin du premier trimestre au plus tard, une proposition de remboursement du matériel de chirurgie du robot pour la prostatectomie radicale.

14.4. Tenant compte de la situation économique globale à laquelle le pays est confronté, la CNMM appelle les médecins qui n'ont pas adhéré aux termes de l'accord à prendre en considération la situation financière de l'ayant-droit lors de la fixation de leurs tarifs d'honoraires ou de leurs modalités de paiement.

### 15. 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 :

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

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

15.3. 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;

15.4. 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;

15.5. et/ou diminution proportionnelle et sélective des honoraires de certaines prestations diagnostiques qui seront précisées par la CNMM 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<sup>er</sup>, 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 CNMM.

### 16. RECOMMANDATIONS A L'AUTORITE

16.1. La CNMM prend acte de l'intention du Ministre de tutelle afin de rechercher une solution respectant les principes généraux de droit pour les problèmes de parking des médecins généralistes dans le cadre des visites à domicile.

16.2. La CNMM prend acte des engagements du Ministre de tutelle afin d'associer les partenaires lors des discussions relative à la réforme de la responsabilité civile sans faute

16.3. La CNMM propose à l'Autorité de tutelle d'intégrer la réglementation existante en matière de Fonds d'impulsion pour la médecine générale, telle que reproduite dans l'arrêté royal du 15 septembre 2006, ainsi que la réglementation élaborée en exécution du présent accord, dans un nouvel arrêté royal coordonné, pris en exécution de l'article 36duodécies de la loi SSI.

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

16.5. La CNMM insiste auprès de l'Autorité de tutelle pour que les matières des articles 152 et 153 de la Loi sur les hôpitaux soient réglées au sein de la législation SSI.

## 17. CONCERTATION

17.1. La CNMM 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.

17.2. Les partenaires de la CNMM, en vue de formuler des propositions au Comité de l'assurance dans le cadre des budgets 2010 et 2011, se concerteront sur base régulière.

17.3 La CNMM confirme la mission entamée dans le cadre du précédent Accord de développer le rôle du médecin coordinateur et conseiller dans le cadre de la dispensation des soins pour les résidents en MRPA, MRS et centres de court séjour et de soins de jour en concertation avec les partenaires que sont les commissions de conventions, le SPF Santé publique et les Communautés et régions et de maintenir l'accent sur la nécessité de privilégier une concertation harmonieuse avec les médecins généralistes qui traitent ces résidents.

## 18. CONDITIONS D'APPLICATION DE L'ACCORD

18.1. 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.

La CNMM attire l'attention qu'en application du Traité européen et du Règlement européen 883/2004, il ne peut être appliqué des tarifs qui se révèlent supérieurs aux tarifs applicables aux résidents qui sont assujettis au régime national de sécurité sociale à l'égard des citoyens européens, en ce compris le personnel employé par les institutions de l'Union européenne.

18.2. Dans le cadre des conditions d'application de l'accord, on distingue deux catégories de prestataires tant pour les Médecins de médecine générale que pour les médecins spécialistes :

18.2.1. les conventionnés complets,

18.2.2. les conventionnés partiels.

18.3. Médecins de médecine générale

18.3.1. Les conventionnés complets

Le médecin de médecine générale conventionné complet est le médecin de médecine générale qui soumet la totalité de sa pratique aux conditions du présent accord et pour lequel, sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 18.3.3., les taux d'honoraires et les indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués à l'ensemble de sa pratique.

18.3.2. Les conventionnés partiels

18.3.2.1. Définition et tarifs applicables

Le médecin de médecine générale conventionné partiel est le médecin de médecine générale qui soumet la totalité de sa pratique aux conditions du présent accord, sauf, au maximum, durant les périodes et selon les conditions définies strictement ci-dessous aux points 18.3.2.2.

Sauf, au maximum, durant les périodes et selon les conditions définies strictement ci-dessous aux points 18.3.2.2., ou sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 18.3.3, les taux d'honoraires et les indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués à l'ensemble de sa pratique.

18.3.2.2. Périodes et conditions du conventionnement partiel

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

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

18.3.2.2.2. et pour autant que le reste de sa pratique représente au moins les trois quarts du total de sa pratique

et soit effectué aux taux d'honoraires fixés conformément aux termes du présent accord, sauf en cas

d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 18.3.3.

18.3.3. Exigences particulières du bénéficiaire

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

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

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

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

18.3.3.4. Les consultations réalisées à la demande expresse du patient après 21h ou les samedis, dimanche et jours fériés. Ces consultations ne constituent toutefois pas une exigence particulière si elles s'inscrivent dans le cadre du service de garde organisé et si le médecin généraliste, pour des raisons personnelles, assure des consultations accessibles au public, reçoit sur rendez-vous ou effectue des visites à ces heures et ces jours.

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

18.3.3.6. Conformément à l'article 8 de la Loi du 26 septembre 2002 relative aux droits du patient, le médecin doit informer le patient au préalable des conséquences financières de l'exigence particulière posée par ce dernier.

18.4. Médecins spécialistes

18.4.1. Les conventionnés complets

Le médecin spécialiste conventionné complet est le médecin spécialiste qui soumet la totalité de sa pratique aux conditions du présent accord et pour lequel, sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 18.4.3., les taux d'honoraires et les indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués à l'ensemble de sa pratique.

18.4.2. Les conventionnés partiels

18.4.2.1. Définition et tarifs applicables

Le médecin spécialiste conventionné partiel est le médecin spécialiste qui soumet la totalité de sa pratique aux conditions du présent accord, sauf, au maximum, durant les périodes et selon les conditions définies strictement ci-dessous aux points 18.4.2.2.

Sauf, au maximum, durant les périodes et selon les conditions définies strictement ci-dessous aux points 18.4.2.2., ou sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 18.4.3, les taux d'honoraires et les indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués à l'ensemble de sa pratique.

#### 18.4.2.2. Périodes et conditions du conventionnement partiel

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

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

18.4.2.2.2. et pour autant que la moitié au moins du total de toutes ses prestations aux patients ambulants soit effectuée aux taux d'honoraires fixés conformément aux termes du présent accord sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 18.4.3, et à des heures qui conviennent normalement aux bénéficiaires de l'assurance soins de santé.

18.4.2.2.3. et pour autant que le médecin assure, sur chacun des sites éventuels d'exercice de sa pratique, une plage d'accès pour des prestations aux patients ambulants aux taux d'honoraires fixés conformément aux termes du présent accord sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 18.4.3.

#### 18.4.3. Exigences particulières du bénéficiaire

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

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

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

18.4.3.3. les prestations aux patients ambulants réalisées à la demande expresse du patient après 21h ou les samedis, dimanche et jours fériés. Ces consultations ne constituent toutefois pas une exigence particulière si elles s'inscrivent dans le cadre du service de garde organisé et si le médecin spécialiste, pour des raisons personnelles, assure des consultations accessibles au public, reçoit sur rendez-vous ou effectue des visites à ces heures et ces jours.

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

18.4.3.5. Conformément à l'article 8 de la loi du 26 septembre 2002 relative aux droits du patient, le médecin doit informer le patient au préalable des conséquences financières de l'exigence particulière posée par ce dernier.

18.5. 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 60.804,41 euros par ménage, augmentés de 2.026,08 euros par personne à charge, lorsqu'il n'y a qu'un seul titulaire;

soit 40.535,83 euros par titulaire, augmentés de 2.026,08 euros par personne à charge, lorsqu'il y a plusieurs titulaires.

18.6. Les contestations concernant le point 18 feront l'objet d'un arbitrage par un collège paritaire composé par la CNMM et présidé par un fonctionnaire de l'INAMI.

#### 18.7. Information et affichage du statut d'adhésion

Outre leur volonté de promouvoir une information la plus claire et complète envers les diverses parties intéressées, les parties recommandent, pour autant que de besoin, une adaptation de la loi AMI afin de permettre une information et un affichage clairs et adaptés du statut du médecin qu'il ait adhéré complètement, partiellement ou qu'il n'ait pas adhéré au présent accord ainsi que les périodes de conventionnement ou de conventionnement partiel.

### 19. CONCILIATION DE CONTESTATIONS DUREE DE L'ACCORD

La CNMM 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 CTM.

### 20. DUREE DE L'ACCORD

20.1. Le présent accord est conclu pour une période de deux ans (soit du 1<sup>er</sup> janvier 2009 au 31 décembre 2010).

20.2. L'accord peut être dénoncé, par lettre motivée recommandée à la poste, adressée au Président de la CNMM :

20.2.1. par une des parties :

20.2.1.1. avant le 1<sup>er</sup> décembre 2009 si elle estime que les moyens financiers complémentaires octroyés pour l'année budgétaire qui suit, ne sont manifestement pas suffisants pour garantir la bonne exécution de l'accord.

Sans préjudice du point 20.2.1.4., cette dénonciation motivée et apportant la preuve du caractère manifeste de l'insuffisance des moyens, produit ses effets au 1<sup>er</sup> janvier 2010.

20.2.1.2. 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 ait pris unilatéralement, sur base de l'article 18 de ladite loi coordonnée des mesures qui modifient 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.

20.2.1.3. Les dispositions du présent accord s'appliquent à toutes les prestations qui sont reprises à la nomenclature des prestations de santé le 31 décembre 2008. Si la nomenclature ainsi décrite est modifiée unilatéralement par l'Autorité en 2009 ou 2010, l'accord n'est plus d'application pour les dispositions modifiées de la nomenclature à partir de la date d'entrée en vigueur de cette modification, sauf si cette modification a obtenu l'approbation de la CNMM.

20.2.1.4. Une partie est valablement représentée lorsqu'elle réunit au moins 7 des membres qui la représentent à la CNMM.

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

20.2.2. par un médecin :

20.2.2.1. avant le 1<sup>er</sup> novembre 2009.

Cette dénonciation produit ses effets au 1<sup>er</sup> janvier 2010.

20.2.2.2. 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 ait pris unilatéralement, sur base de l'article 18 de ladite loi coordonnée des mesures qui modifient 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.

**21. FORMALITES**

21.1. 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 17 décembre 2008.

Date :

Signature :

21.2. Les médecins, autres que ceux qui ont notifié, conformément aux dispositions prévues sous 21.1., leur refus d'adhésion aux termes de l'accord conclu le 17 décembre 2008 à la CNMM, 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 et particulièrement les points 18.3.2. et 18.4.2. (« conventionnement partiel ») :

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

21.2.2. ils pourront ne pas appliquer les montants d'honoraires qui y sont fixés.

Cette communication doit se faire par lettre recommandée à la Poste adressée à la CNMM, et ce à l'adresse mentionnée sous 21.1. La lettre comportera les mentions suivantes :

21.2.2.1. pour les médecins de médecine générale :

Je soussigné,

Nom et prénoms : .....

Adresse complète : .....

Numéro d'identification I.N.A.M.I. : .....

déclare exercer mon activité professionnelle conformément aux clauses de l'accord national médico-mutualiste, conclu le 17 décembre 2008, dans les conditions de temps et de lieu suivantes :

a) consultations, rendez-vous et prestations au cabinet, en dehors termes de l'accord, d'un maximum de trois fois par semaine par plage de maximum quatre heures continues (point 18.3.2.2. « Périodes et conditions du conventionnement partiel »)

Jours	Lieu	Heures

b) toutes les autres prestations réalisées en dehors des plages définies au point a) ci-dessus seront exercées conformément aux termes de l'accord. J'atteste sur l'honneur et je m'engage qu'elles représentent et représenteront au moins les trois quart de l'ensemble de ma pratique. Pour information, je renseigne ci-dessous les plages prédéfinies pour la dispensation de ces prestations :

Jours	Lieu	Heures

Date :

Signature :

21.2.2.2. pour les médecins spécialistes :

Je soussigné,

Nom et prénoms :

Adresse complète :

Médecin spécialiste en :

Numéro d'identification I.N.A.M.I. :

déclare exercer mon activité professionnelle conformément aux clauses de l'accord national médico-mutualiste, conclu le 17 décembre 2008, dans les conditions de temps et de lieu suivantes :

a) consultations, rendez-vous et prestations techniques pour patients ambulatoires, en dehors des termes de l'accord, à concurrence d'un maximum de quatre fois par semaine par plage de maximum quatre heures continues (point 18.4.2.2. Périodes et conditions du conventionnement partiel) :

Jours	Lieu	Heures

b) toutes les autres prestations réalisées dans le cadre de l'ensemble de ma pratique seront exercées conformément aux termes de l'accord;

c) les prestations réalisées pour les patients ambulants en dehors des plages définies au point a) ci-dessus seront donc exercées conformément aux termes de l'accord. J'atteste sur l'honneur et je m'engage qu'elles représentent et représenteront au moins la moitié de l'ensemble des prestations réalisées pour les patients ambulants dans le cadre de ma pratique complète. Je renseigne ci-dessous les plages et les lieux définis pour la dispensation de ces prestations réalisées pour les patients ambulants en respectant sur chaque site de pratique l'obligation de garantir un accès à ces prestations conformément aux termes de l'accord :

Jours	Lieu	Heures

Date :

Signature :

21.3. Tous changements ultérieurs des conditions de temps et de lieu dans lesquelles, conformément aux clauses de l'accord, les médecins visés sous 21.2. 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 CNMM, 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.

21.4. Les médecins n'ayant pas notifié, dans les délais fixés par la loi, leur refus d'adhérer à l'accord afficheront, visiblement pour les bénéficiaires, 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, le document qui leur sera transmis par le Service des soins de santé de l'I.N.A.M.I. (modèle établi par celui-ci, en concertation avec le Conseil national de l'Ordre des Médecins), et qui indique qu'ils ont adhéré à l'accord ainsi que, en cas d'application du conventionnement partiel, les jours, heures et lieux des prestations auxquelles ils pourront ne pas appliquer les tarifs de cet accord, dans le respect des conditions fixées au point 18 pour le conventionnement partiel.

Fait à Bruxelles, le 17 décembre 2008

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

Les Représentants du banc des organismes assureurs

ANNEXE 1<sup>re</sup> : Nouveaux patients - détail des traitements des 6 classes

## 1. Inhibiteurs de la pompe à protons

Au sein de cette classe, les nouveaux patients recevaient des traitements répartis de la façon suivante (répartition sur base du volume en DDD) :

code_atc	Dénomination de la molécule	Dénomination de la spécialité la plus prescrite	% du volume des nouveaux patients	Coût INAMI/DDD
A02BC01	OMEPRAZOLE	OMEPRAZOLE MYLAN 20 mg	73 %	0,48
A02BC02	PANTOPRAZOLE	PANTOZOL	14 %	1,45
A02BC03	LANSOPRAZOLE	DAKAR	3 %	0,51
A02BC04	RABEPRAZOLE	PARIET	1 %	1,06
A02BC05	ESOMEPRAZOLE	NEXIAM 20 mg	8 %	0,94

Pour cette classe, la molécule la moins onéreuse (Coût INAMI/DDD) est l'oméprazole.

## 2. Produits actifs sur le système renine-angiotensine

Au sein de cette classe, les nouveaux patients recevaient des traitements répartis de la façon suivante (répartition sur base du volume en DDD) :

code_atc	Dénomination de la molécule	Dénomination de la spécialité la plus prescrite	% du volume des nouveaux patients	Coût INAMI/DDD
C09AA01	CAPTOPRIL	CAPOTEN	1 %	0,28
C09AA02	ENALAPRIL	RENITEC	1 %	0,10
C09AA03	LISINOPRIL	ZESTRIL	22 %	0,16
C09AA04	PERINDOPRIL	COVERSYL	19 %	0,32
C09AA05	RAMIPRIL	TRITACE 10 mg	25 %	0,14
C09AA06	QUINAPRIL	ACCUPRIL 20 mg	1 %	0,21
C09AA07	BENAZEPRIL	CIBACEN	0 %	0,50
C09AA08	CILAZAPRIL	INHIBACE	0 %	0,28
C09AA09	FOSINOPRIL	FOSINIL	0 %	0,56
C09BA02	ENALAPRIL ET DIURETIQUES	CO-RENITEC	0 %	0,19
C09BA03	LISINOPRIL ET DIURETIQUES	ZESTORETIC	3 %	0,34
C09BA04	PERINDOPRIL ET DIURETIQUES	PRETERAX	5 %	0,68
C09BA05	RAMIPRIL ET DIURETIQUES	TRITAZIDE	0 %	0,39
C09BA06	QUINAPRIL ET DIURETIQUES	ACCURETIC	0 %	0,35
C09BA08	CILAZAPRIL ET DIURETIQUES	CO-INHIBACE	0 %	0,76
C09BB05	RAMIPRIL ET FELODIPINE	TAZKO 5 mg	1 %	0,46
C09CA01	LOSARTAN	COZAAR	2 %	0,58
C09CA02	EPROSARTAN	TEVETEN 600	1 %	0,56
C09CA03	VALSARTAN	DIOVANE 160	3 %	0,44
C09CA04	IRBESARTAN	APROVEL	3 %	0,48
C09CA06	CANDESARTAN	ATACAND	2 %	0,36
C09CA07	TELMISARTAN	MICARDIS	2 %	0,43
C09CA08	OLMESARTAN MEDOXOMIL	BELSAR 20 mg	3 %	0,46
C09DA01	LOSARTAN ET DIURETIQUES	COZAAR PLUS	1 %	0,88
C09DA02	EPROSARTAN ET DIURETIQUES	TEVETEN PLUS 600	0 %	0,58
C09DA03	VALSARTAN ET DIURETIQUES	CO-DIOVANE	1 %	0,84
C09DA04	IRBESARTAN ET DIURETIQUES	COAPROVEL 300/12,5 mg	1 %	0,90
C09DA06	CANDESARTAN ET DIURETIQUES	ATACAND PLUS	1 %	0,68
C09DA07	TELMISARTAN AVEC DIURETIQUES	MICARDIS PLUS	1 %	0,86
C09DA08	OLMESARTAN MEDOXOMIL ET DIURETIQUES	BELSAR PLUS 20 mg/12,5 mg	1 %	0,54
C09DB01	VALSARTAN ET AMLODIPINE	EXFORGE 5 mg/160 mg	0 %	0,99

Pour cette classe, les traitements les moins onéreux (Coût INAMI/DDD) sont les Inhibiteurs de l'enzyme de conversion.

## 3. Inhibiteurs de la HMG-CoA réductase (statines)

Au sein de cette classe, les nouveaux patients recevaient des traitements répartis de la façon suivante (répartition sur base du volume en DDD) :

code_atc	Dénomination de la molécule	Dénomination de la spécialité la plus prescrite	% du volume des nouveaux patients	Coût INAMI/DDD
C10AA01	SIMVASTATINE	ZOCOR 20 mg	59 %	0,20
C10AA03	PRAVASTATINE	PRAREDUCT 40 mg	9 %	0,26
C10AA04	FLUVASTATINE	LESCOL EXEL 80	1 %	0,37
C10AA05	ATORVASTATINE	LIPITOR 20	20 %	0,54
C10AA07	ROSUVASTATINE	CRESTOR 10 mg	11 %	0,67

Pour cette classe, la molécule la moins onéreuse (Coût INAMI/DDD) est la simvastatine.

## 4. Dérivés triazoles

Au sein de cette classe (voriconazole non comprise), les nouveaux patients recevaient des traitements répartis de la façon suivante (répartition sur base du volume en DDD) :

code_atc	Dénomination de la molécule	Dénomination de la spécialité la plus prescrite	% du volume des nouveaux patients	Coût INAMI/DDD
J02AC01	FLUCONAZOLE	DIFLUCAN	45 %	5,76
J02AC02	ITRACONAZOLE	SPORANOX	55 %	2,27

Pour cette classe, la molécule la moins onéreuse (Coût INAMI/DDD) est l'itraconazole.

## 5. Anti-inflammatoires et rhumatismaux non stéroïdiens

Au sein de cette classe, les nouveaux patients recevaient des traitements répartis de la façon suivante (répartition sur base du volume en DDD) :

code_atc	Dénomination de la molécule	Dénomination de la spécialité la plus prescrite	% du volume des nouveaux patients	Coût INAMI/DDD
M01AA01	PHENYLBUTAZONE	BUTAZOLIDINE	0 %	0,05
M01AB01	INDOMETACINE	INDOCID	0 %	0,17
M01AB02	SULINDAC	CLINORIL FORTE	0 %	0,24
M01AB05	DICLOFENAC	CATAFLAM	27 %	0,28
M01AB14	PROGLUMETACINE	TOLINDOL	0 %	0,43
M01AB16	ACECLOFENAC	BIOFENAC	5 %	0,73
M01AB55	DICLOFENAC, ASSOCIATIONS	ARTHROTEC 75	0 %	0,54
M01AC01	PIROXICAM	FELDENE LYOTABS	17 %	0,36
M01AC02	TENOXICAM	TILCOTIL	1 %	0,27
M01AC06	MELOXICAM	MOBIC	9 %	0,39
M01AE01	IBUPROFENE	IBUPROFENE EG 600 mg	25 %	0,23
M01AE02	NAPROXENE	APRANAX 550	11 %	0,21
M01AE03	KETOPROFENE	ROFENID READY MIX	1 %	0,42
M01AE09	FLURBIPROFENE	FROBEN 100	0 %	0,35
M01AE12	OXAPROZINE	DURAPROX	0 %	0,43
M01AH01	CELECOXIB	CELEBREX	2 %	0,84
M01AH06	LUMIRACOXIB	PREXIGEM 100 mg	0 %	0,80

Pour cette classe, les traitements non coxibs sont les moins onéreux.

## 6. Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine

Au sein de cette classe, les nouveaux patients recevaient des traitements répartis de la façon suivante (répartition sur base du volume en DDD) :

code_atc	Dénomination de la molécule	Dénomination de la spécialité la plus prescrite	% du volume des nouveaux patients	Coût INAMI/DDD
N06AB03	FLUOXETINE	FLUOXETINE EG	8 %	0,44
N06AB04	CITALOPRAM	CITALOPRAM EG	15 %	0,44
N06AB05	PAROXETINE	SEROXAT	21 %	0,49
N06AB06	SERTRALINE	SERLAIN	21 %	0,40
N06AB08	FLUVOXAMINE	FLOXYFRAL	0 %	0,47
N06AB10	ESCITALOPRAM	SIPRALEXA 10 mg	34 %	0,83

Pour cette classe, la molécule la moins onéreuse (Coût INAMI/DDD) est la sertaline.

## ANNEXE 2 : Gros prescripteurs

Limitations :

1) Ne sont pris en compte que les patients 50 ans et + (calculé selon : année de délivrance - année de naissance).

2) Ne sont pris en compte que les généralistes (qualifications 000 à 009) qui comptent au moins 90 patients de 50 ans et + durant l'année (dans ce cas, un patient = une personne à qui le prescripteur a prescrit au moins un conditionnement enregistré dans Pharmanet).

Les classes de médicaments :

Classes de médicaments	Dénomination
A02+A03	PREP. pour la SECR. D'ACIDE GASTR. et TROUBLES FONCT. GASTRO-INTEST.
C01 à C09	CARDIOVASCULAIRE sauf hypolipidémiants soit encore : C02 - ANTIHYPERTENSEURS + C03 - DIURETIQUES + C07 - BETA-BLOQUANTS + C08 - ANTAGONISTES DU CALCIUM + C09 - PRODUITS ACTIFS SUR LE SYSTEME RENINE-ANGIOTENSINE
C10	HYPOLIPIDEMIANTS
J01	ANTIBACTERIENS A USAGE SYSTEMIQUE
M01	ANTI-INFLAMMATOIRES ET ANTIRHUMATISMAUX
M05	MEDICAMENTS POUR LE TRAIT. DES MAL. OSSEUSES
N02	ANALGESIQUES
N05 + N06	PSYCHOLEPTIQUES + PSYCHOANALEPTIQUES
R03	PREPARATIONS POUR LES AFF. RESPIR. OBSTR.

« Définition » d'un gros prescripteur :

Pour chaque classe, on calcule par prescripteur le ratio :

total DDD de la classe/patient

(au dénominateur, c'est le total des patients de 50 ans et + qui est repris). Les « gros prescripteurs » dans une classe sont ceux qui ont un ratio supérieur à la valeur P90.

Répartition des prescripteurs par rapport aux valeurs P90 des 9 classes :

Nombre de classes dans lesquelles le prescripteur dépasse la valeur P90	Nombre de prescripteurs
0	6.232
1	2.338
2	1.318
3	748
4	354
5	168
6	74
7	20
8	4
Total	11.256
total avec au moins 1 « dépassement » :	5.024

## FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2008/22705]

## Nationaal Akkoord geneesheren-ziekenfondsen 2009-2010

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 (hierna : de NCGZ) onder het voorzitterschap van de heer Johan DE COCK op 17 december 2008 het volgende akkoord gesloten :

## 1. KRACHTLIJNEN VAN HET AKKOORD

De NCGZ waarborgt met het afsluiten van dit akkoord de integrale aanpassing van de erelonen aan de evolutie van de index. Zij zet de inspanningen inzake herwaardering en ondersteuning van de huisartsgeneeskunde en de herijking van de erelonen van de specialisten onverminderd voort.

De NCGZ gaat nieuwe uitdagingen aan door de uitbouw van het globaal medisch dossier op vlak van preventie en het creëren van voorwaarden voor een meer aangepaste organisatie van de wachtdiensten.

Dit akkoord voorziet voor de patiënten meer toegankelijkheid niet alleen door een aantal remgeldverminderingen maar ook door het verruimen van de sociale derdebetalende en door meer transparantie over de toepassingsvoorwaarden van dit akkoord.

De NCGZ is zich bewust van de moeilijke economische en budgettaire context. Zij neemt structurele maatregelen — waar nodig gericht op niet gerechtvaardigde praktijkverschillen — op vlak van nomenclatuur en van voorschrijfgedrag met het oog op een zorgvuldig gebruik van de middelen van de ziekteverzekering en draagt op die manier bij tot een duurzame en toegankelijke gezondheidszorg.

## 2. PARTIELE BEGROTINGSDOELSTELLING 2009

De NCGZ neemt kennis van het bedrag van de partiële begrotingsdoelstelling 2009 dat door de Algemene raad is vastgesteld op 6.745.365 duizend euro. Hierin is een indexmassa vervat van 276,348 miljoen euro, een bedrag van 50,2 miljoen euro voor nieuwe initiatieven en een bedrag van 29,7 miljoen euro in het kader van het kankerplan.

De Algemene raad is ook uitgegaan van een te realiseren besparing van 13,8 miljoen euro.

De NCGZ neemt haar verantwoordelijkheid door in structurele besparingen en gerichte acties te voorzien als antwoord op de vaststellingen in de permanente auditverslagen.

Op die manier zal in 2009 een bedrag van 32,6 miljoen euro worden bespaard, waarvan 18,8 miljoen euro kan worden toegevoegd aan de middelen voor nieuwe initiatieven. Tenslotte kan de NCGZ ook beschikken over een niet aangewend bedrag van 1,268 miljoen euro uit maatregel N0405/07 (oncologie).

De NCGZ beschikt aldus bovenop de indexmassa, over een bedrag van 100 miljoen euro waarvan 1/3 bestemd voor de huisartsgeneeskunde en 2/3 voor de specialisten.

Geneesheren : beschikbare massa	
A) Indexmassa	276.348
B) Andere	100.000
Nieuwe initiatieven	50.195
Kankerplan	29.697
Correcties regering (index of andere)	- 13.817
Resterend budget uit projecten N0405/07 en N08/GS/00	1.268
Structurele maatregelen Medico-Mut	32.657
Totaal	376.348

## Structurele maatregelen :

De NCGZ stelt voor een aantal verstrekkingen zeer belangrijke budgetoverschrijdingen vast, voor meerdere verstrekkingen zijn er ook aanwijzingen van belangrijke verschillen in het gebruik en oneigenlijk gebruik.

De Technische Geneeskundige Raad (hierna : de TGR) zal spoedig structurele corrigerende maatregelen voorstellen voor de weerhouden verstrekkingen.

In afwachting daarvan neemt de NCGZ de volgende maatregelen die, waar van toepassing, zullen opgeheven worden op het ogenblik van de inwerkingtreding van de TGR voorstellen.

De NCGZ ondersteunt het afdwingen door de bevoegde instanties van een correcte en éénvormige naleving van de bepalingen inzake de verstrekkingen vermeld in de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen in het algemeen, en van de hier weerhouden verstrekkingen in het bijzonder.

Structurele maatregelen	
N0910/23 Fysiotherapie : 558994 : K60 geïndexeerd => K45 niet geïndexeerd	- 3.720
N0910/24 Bloedtransfusie : schrappen verstrekking 470271-470282	- 2.400
N0910/25 Desobstructie shunt Scribner : schrappen van verstrekking 470035-470046	- 750
N0910/01 Facoemulsie : 246912-246923 : N505 => N475 : cataract	- 2.686
N0910/01 Facoemulsie : 246912-246923 : N505 => N475 : impact op anesthesie	- 11.860
N0910/02 Percutane : verstrekking 589411-589422 : interpretatieregels + toepassingsregels nomenclatuur	- 2.752
N0910/03 Suprapubische Katheter	- 700
N0910/04 Urgentiegeneeskunde : equivalente maatregelen ten gronde	- 7.789
P0910/01 Carboxyhemoglobine : omzendbrief	pm
Totaal structurele maatregelen	- 32.657

In afwachting van structurele maatregelen worden tijdelijk volgende maatregelen ingevoerd :	
H0910/01 Fysiotherapie : 558994 : equivalent van N0910/23 via sleutelletterwaarde	- 3.720
H0910/06 Bloedtransfusie : verstrekking 470271-470282 : sleutelletterwaarde op nul	- 2.400
H0910/07 Desobstructie shunt Scribner : 470035-470046 : sleutelletterwaarde op nul	- 750
H0910/02 Facoemulsie : vermindering sleutelletterwaarde 246912-246923 in afwachting van N0910/01 (tot 31/03/2009)	- 2.686
H0910/03 Anesthesie : bevroren indexmassa anesthesie (artikel 12) in afwachting van N0910/01 (tot 31/03/2009)	- 12.581
H0910/04 Urgentiegeneeskunde : bijgeroepen specialist => equivalent van basisconsultatie	190
H0910/05 Urgentiegeneeskunde : supplementen 590855 en 590833 sleutelletterwaarde op nul in afwachting van N0910/04	- 7.979

### 3. HONORARIA 2009-2010 : INDEXERING EN HERWAARDERING

#### NOMENCLATUUR 2009-2010 (bijlage aan het koninklijk besluit van 14 september 1984)

De NCGZ blijft van oordeel dat het nodig is 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.

Rekening houdende met het engagement dat de NCGZ in het kader van het Akkoord 2008 heeft genomen om te komen tot een herijking van de nomenclatuur van de geneesheren-specialisten, meer bepaald door zich ertoe te verbinden dat voor de vier volgende jaren ten minste hetzelfde bedrag als in het Akkoord 2008, dit is 29,5 miljoen euro, wordt vrijgemaakt voor nieuwe initiatieven in die sectoren, heeft de NCGZ een bedrag van 31 miljoen euro uitgetrokken voor maatregelen betreffende de herijking in de psychiatrie, de pediatrie, de geriatrie, de interne geneeskunde en de oncologie.

Deze inspanning zal de komende jaren worden verdergezet voor voornoemde en eventueel van andere specialisten.

3.1. HUISARTSEN	
3.1.1. Indexering huisartsen	2009 Begroting (€ duizend)
H0910/08 De honoraria, zoals ze waren vastgesteld op 31 december 2008 worden lineair geïndexeerd met 4,32 % op 1 januari 2009.	49.411
Totaal indexering huisartsen	49.411

3.1.2. Honoraria van de huisartsen De maatregelen treden in werking op 1 januari 2009	2009 Begroting (€ duizend)
H0910/09 Verhoging GMD tot 27,50 euro	3.240
H0910/17 109723 : bezoek aan gehospitaliseerde in ziekenhuis erkende huisarts = huisbezoek	11
Totaal honoraria van de huisartsen	3.251

3.1.3. Nomenclatuur van de huisartsen	2009 Begroting (€ duizend)
N0910/05 Doelgroep 45-74 jaar : preventie GMD + 10 euro	15.195
N0910/06 Doelgroep 45-74 jaar : preventie GMD => raadplegingen voorkeurregeling gerechtigde geen remgeld, raadplegingen niet voorkeurregeling gerechtigde max 3 euro remgeld	5.662
N0910/07 Bezoek patiënt in psychiatrisch ziekenhuis	1.016
Totaal nomenclatuur van de huisartsen	21.873

3.1.4. Projecten van de huisartsen	2009 Begroting (€ duizend)
P0910/02 Verlaging remgeld bezoeken kinderen tot 10de verj. tot 2X remgeld raadpleging	1.900
P0910/03 IMPULSE III	6.000
P0910/04 Praktijkondersteuning : drempel van activiteit gedurende 5 jaar	150
P0910/05 Verlenging experiment (1.302 duizend euro)	pm
P0910/06 Wachtposten (1.500 duizend euro)	pm
Totaal projecten van de huisartsen	8.050

3.2. GENEESHEREN-SPECIALISTEN	
3.2.1. Indexering geneesheren-specialisten	2009 Begroting (€ duizend)
H0910/08 De honoraria, zoals ze waren vastgesteld op 31 december 2008 worden lineair geïndexeerd met 4,32 % op 1 januari 2009. (Behalve rubriek anesthesiologie, die in afwachting van structurele maatregelen een opschorting heeft van index : zie H/0910/03)	226.937
Totaal indexering geneesheren-specialisten	226.937

3.2.2. Honoraria van de geneesheren- specialisten De maatregelen treden in werking op 1 januari 2009	2009 Begroting (€ duizend)
H0910/10 Psychiatrie : opwaardering toezicht A-diensten : + 15 %	4.788
H0910/11 Psychiatrie : opwaardering toezicht K-diensten : + 20 %	764
H0910/12 Psychiatrie : vertraging depressie toezicht op K	499
H0910/13 Pediatrie : onderzoek pasgeborene : verdubbeling	3.055
H0910/14 Internist : toezicht in D + 10 %	4.300
H0910/15 Revalorisatie technische akten bij kinderen artikel 20d + 10 %	1.705
H0910/16 Gynecologie : Art. 14g + 8 %	2.198
Totaal honoraria van de geneesheren-specialisten	17.309

3.2.3. Nomenclatuur van de geneesheren-specialisten	2009 Begroting (€ duizend)
N0910/08 Psychiatrie : pluridisciplinair overleg in het ziekenhuis op T diensten	5.000
N0910/09 Psychiatrie : sterk gedragsgestoorde en/of agressieve patiënten	210
N0910/10 SP psychogeriatric : dag 1 tot 12	280
N0910/11 Liaison psychiatrie bij kinderen : uitbreiding tov alle diensten	0
N0910/12 Teambespreking in ambulante kinder- en jeugdpsychiatrie	423
N0910/13 Psychiatrie : crisisopvang	0
N0910/14 Pediatrie : permanentie in E-dienst : 240 euro	6.401
N0910/15 Geriatric : liason team consult buiten G-dienst	543
N0910/16 Oncologie	1.811
N0910/17 Volledige terugbetaling van globaal borst onderzoek in verband met verhoogd risico op borstkanker	2.000
N0910/18 Uitwerking MOC : raadpleging lange duur, verplichting MOC, herwaardering, betrokkenheid huisarts.	5.243
N0910/19 Chirurgie : art 14e - plaatsen en wegnemen van ECMO	74
N0910/20 Chirurgie : art 14d - HIPEC	169
N0910/21 Dermatologie : 532534-545, 532556-560, 532571-582 herwaardering K30 tot K50	612
N0910/22 Helicobacter pylori	347
N0910/23 Herziening Art.13 Intensieve Zorgen	8.960
N0910/24 Oftalmologie : Art. 14h digitale fluoroangiografie : vanaf 1/07/2009 (9.255 op jaarbasis)	4.628
N0910/25 Medische Beeldvorming : Gedigitaliseerde mammografie	8.000
N0910/26 Dermatologie : dynamische fotherapie	520

3.2.3. Nomenclatuur van de geneesheren-specialisten	2009 Begroting (€ duizend)
N0910/27 Uitbreiding indicaties bariatrische heelkunde	740
N0910/28 Dossier Hepatitis C	164
N0910/29 Permanentiehonoraria harmoniseren met prestaties dagziekenhuis	843
N0910/30 Herwaardering consultatie genetic counseling	524
Totaal nomenclatuur van de geneesheren-specialisten	47.492

3.2.4. Projecten van de geneesheren-specialisten	2009 Begroting (€ duizend)
P0910/07 Psychiatrie : ontubbeling neurologische/psychiatrische permanentie	2.025
Totaal projecten van de geneesheren-specialisten	2.025
TOTAAL	376.348

#### 4. PRIORITEITEN VOOR HET JAAR 2010 MET BETREKKING TOT DE NOMENCLATUUR EN DE HONORARIA

Huisartsen :

De NCGZ zal, op basis van de evaluatie waartoe zij zich heeft verbonden, beslissen over de voortzetting en het bedrag van de honorering in het kader van de beschikbaarheid en permanenties 's avonds en over maatregelen die een adequate organisatie van de huisartsenwachtendienst ondersteunen.

Specialisten

Onverminderd de inspanning inzake de ondersteuning en de bevordering van de huisartsgeneeskunde en de herijking van de nomenclatuur, zal de NCGZ samen met de TGR, tijdens het jaar 2009 conform de krachtlijnen van dit akkoord de volgende projecten prioritair voorbereiden en de kostprijs ervan evalueren met het oog op een eventuele inwerkingtreding in 2010, rekening houdend met de beschikbare middelen :

- herwaarderen van de intellectuele acte van de neurologen en reumatologen;
- herwaarderen van de psychogeriatrische Sp diensten in algemene ziekenhuizen (dag 13 - 60);
- invoeren van het multidisciplinaire overleg op de A-diensten;
- invoeren van het coördinatiehonorarium voor de pediater in het dagziekenhuis;
- actualisering van de nomenclatuur van de orthopedische heelkunde en de pneumologie;
- een grondige herziening van het systeem van de permanenties en beschikbaarheden in en voor het ziekenhuis;
- herwaardering van de vergoeding van de pediater neonatoloog voor de NIC-dienst.

#### 5. KLINISCHE BIOLOGIE EN MEDISCHE BEELDVORMING

Met betrekking tot de enveloppes voor klinische biologie en medische beeldvorming beslist de NCGZ om volgende voorstellen aan de Algemene Raad over te maken.

De NCGZ heeft vastgesteld dat het aantal erkenningen inzake NMR-toestellen, waarmee bij de opmaak van de begroting 2008 werd rekening gehouden, in de feiten niet volledig werd gerealiseerd. Daarom stelt zij voor om de enveloppe voor medische beeldvorming voor 2008 te herzien en vast te stellen op 786.716 duizend euro, waarvan 566.664 duizend euro voor ambulante verstrekkingen en 220.052 duizend euro voor ziekenhuisverstrekkingen.

Rekening houdend met voorgaande vaststelling, alsook met de niet uitgevoerde maatregelen in 2007 voor klinische biologie, wordt overeengekomen om voor het jaar 2009 :

- de algebraïsche verschillen met betrekking tot het jaar 2007, die in 2009 worden afgerekend vast te stellen op 51.393.000 euro voor de klinische biologie en 7.334.000 euro voor de medische beeldvorming;

- de enveloppes voor klinische biologie en medische beeldvorming als volgt vast te stellen :

— 1.187.478.000 voor klinische biologie

waarvan 589.920.000 voor ambulante prestaties

en 597.558.000 voor gehospitaliseerde prestaties;

— 883.567.000 voor medische beeldvorming

waarvan 615.807.000 voor ambulante prestaties

en 267.760.000 voor gehospitaliseerde prestaties

Hetgeen overeenstemt met een vermindering van de partiële begrotingsdoelstelling 2009 met 746.000 euro voor klinische biologie en met 33.962.000 euro voor medische beeldvorming.

Bovendien wenst de NCGZ, rekening houdend met de resultaten van de besprekingen, in de door de Regering aangekondigde task force, het systeem van de vaststelling van de enveloppes en de berekeningsbasis van de enveloppes te herzien.

## 6. GENEESMIDDELEN

De NCGZ heeft kennis genomen van de beslissing van de Algemene Raad van 13 oktober 2008 om voor 2009 concrete voorschrijfdstellingen te formuleren op het vlak van de « minder dure » geneesmiddelen. Hierbij werd de NCGZ uitgenodigd om eventuele alternatieve voorstellen te formuleren, waarbij - in ieder geval - een besparing van 42,5 miljoen euro moet worden gerealiseerd.

De NCGZ is ervan overtuigd dat een verdere optimalisering van een rationeel gebruik van geneesmiddelen moet worden bevorderd, waarbij zowel aandacht besteed wordt aan de financiële toegankelijkheid voor de patiënt als aan de noodzakelijke kwaliteit van de zorgen.

Vanuit dit perspectief wenst de NCGZ in plaats van de door de Algemene Raad voorgestelde voorschrijfpercentages, een geheel van maatregelen en acties ten aanzien van alle voorschrijvende artsen te nemen die de beoogde doelstelling realiseren vanuit drie invalshoeken :

a. het bevorderen van het voorschrijven bij een startbehandeling van de minst dure moleculen.

De NCGZ stelt vast dat het aandeel van de minder dure geneesmiddelen thans 42 % van het totaal aantal betrokken DDD bedraagt. De NCGZ verbindt er zich toe om het betrokken aandeel te verhogen.

Teneinde op dit vlak verdere stappen te zetten, waarbij geen afbreuk wordt gedaan aan de kwaliteit van de zorgen of aan de therapeutische noodwendigheden, stelt de NCGZ voor om zich in de eerste plaats toe te spitsen op startbehandelingen, ongeacht of deze door een huisarts of geneesheer-specialist worden geïnitieerd. Op deze wijze wordt vermeden dat bestaande behandelingen zouden moeten worden gewijzigd.

De artsen die toetreden tot dit akkoord verbinden zich ertoe om vanaf 1 januari 2009 bij het opstarten van een behandeling met een farmaceutische specialiteit behorend tot volgende 6 groepen :

- PPI (AO2BC)
- ACE-inhibitoren en sartanen (CO9)
- Statines (C10AA)
- Fluconazole en Itraconazole (JO2AC)
- NSAID (MO1A)
- SSRI (NO6AB)

in beginsel en in ten minste 8 op 10 van de gevallen te starten met een van de minst dure moleculen van een groep (zie bijlage 1) voor zover hiervoor geen tegenindicatie bestaat en dat de therapeutische doeleinden worden bereikt. Hierbij worden bij voorrang die specialiteiten aanbevolen waarvoor geen supplementen ten laste van de patiënten kunnen worden aangerekend of voorschriften onder vermelding van de stofnaam.

De artsen die toetreden tot het akkoord verbinden er zich eveneens toe om een van de minst dure moleculen aan te bevelen aan hun collega's huisartsen of specialisten met het oog op het starten van een behandeling met een farmaceutische specialiteit behorend tot een van de voornoemde zes groepen.

De NCGZ zal in de loop van het eerste trimester een individuele feedback organiseren. Bovendien belast de NCGZ de betrokken profielcommissies ermee een permanente monitoring te organiseren en nodigt zij de LOK's uit om hierover het nodige overleg te plegen.

In de loop van het vierde trimester 2009 zal de NCGZ een eerste evaluatie uitvoeren. De NCGZ verbindt er zich toe bijkomende maatregelen te nemen indien de vooropgestelde doelstellingen niet of onvoldoende zouden worden bereikt.

b. het terugdringen van een onverantwoord hoog volume van voorgeschreven geneesmiddelen bij bepaalde zorgverstrekkers.

De NCGZ heeft kennis genomen van een analyse waarbij voor verschillende klassen geneesmiddelen de ratio werd berekend tussen de DDD van de klasse per patiënt in de leeftijdsgroep + 50 jaar. Hierbij werd vastgesteld dat voor de negen geselecteerde klassen vermeld in bijlage 2 ca 2 500 voorschrijvers in meer dan twee klassen en ca 1 400 voorschrijvers in meer dan drie klassen zich in het tiende deciel bevinden (P90).

De NCGZ stelt voor dat de betrokken profielcommissies de betrokken artsen zouden aanschrijven en hen uitnodigen de nodige verduidelijking te verschaffen.

De NCGZ verbindt er zich toe bijkomende maatregelen te nemen indien de vooropgestelde doelstellingen niet of onvoldoende zouden worden bereikt.

c. het ontwikkelen van initiatieven o.m. inzake therapietrouw, polymedicatie, en andere indicatoren.

De NCGZ belast het Comité voor de Evaluatie van de medische praktijk inzake geneesmiddelen ermee om een aantal indicatoren te ontwikkelen inzake kwalitatief voorschrijven. Deze indicatoren hebben tot doel om op verschillende domeinen kwaliteitsacties op het getouw te zetten. Hierbij kunnen de analyses van het Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik als uitgangspunt worden gehanteerd.

Tevens zal de NCGZ het medisch farmaceutisch overleg opstarten, in samenwerking met de vertegenwoordigers van de representatieve organisaties van apothekers. Dit medisch farmaceutisch overleg zal in de schoot van de LOK's of kringen worden georganiseerd over problemen zoals therapietrouw, polymedicatie, de concrete toepassing van voorschrijven op stofnaam op lokaal niveau, het ontwikkelen van een medisch farmaceutisch dossier, de risicobewaking. Dit overleg zal ondersteund worden door het RIZIV.

Het medisch farmaceutisch overleg zal begeleid worden door een stuurgroep samengesteld uit een gelijke vertegenwoordiging van artsen, apothekers en verzekeringsinstellingen. De NCGZ is van oordeel dat aan het gebruik van geneesmiddelen in ROB/RVT prioritaire aandacht moet worden besteed.

## 7. GLOBAAL MEDISCH DOSSIER

De preventieve opdracht van de huisarts en de uitbouw en de bevordering van het globaal medisch dossier.

7.1. De NCGZ versterkt en verbreedt haar beleid omtrent het globaal medisch dossier. De NCGZ wil de centrale rol van de huisarts in de preventie ondersteunen en daarbij het globaal medisch dossier als centraal preventie-instrument inschakelen : ze zal daartoe een geïntegreerd voorstel uitwerken tegen 1 juli 2009.

Voor deze maatregelen is in totaal 24,097 miljoen euro voorzien.

7.2. Versterking en verbreding van het GMD

7.2.1. Honorarium voor het globaal medisch dossier

Het honorarium voor het globaal medisch dossier (codes 102771 en 102793) wordt met ingang van 1 januari 2009 verhoogd tot 27,50 euro (meerkost 3,240 miljoen euro).

7.2.2. Vlottere aanrekening en betaling van het GMD-honorarium

Om de drempel voor het aanrekenen van het GMD zowel voor de patiënt als voor de huisarts zoveel mogelijk te verlagen, gelast de NCGZ een werkgroep voorstellen te formuleren met betrekking tot de uitbreiding en versterking van het systeem van de sociale derdebetaler, de elektronische overmaking van facturatiegegevens en de snellere betaling door de verzekeringsinstellingen aan de huisartsen.

De NCGZ zal een voorstel uitwerken op basis waarvan de regeling betreffende de administratieve verlenging van het GMD aangepast wordt tot een systeem van een meer automatische verlenging met het oog op een snellere betaling van het honorarium voor het verlengen van het beheer van het GMD.

7.3. De rol van de huisarts in de preventieve gezondheidszorg.

7.3.1. Prioritaire doelstellingen en budget

Voor het bevorderen van de preventieve rol van de huisarts is op jaarbasis een bedrag van 20,857 miljoen euro beschikbaar. De NCGZ zal binnen dit budgettaire kader de prioritaire doelstellingen bepalen; daarbij kan, uitsluitend bij wijze van voorbeeld, verwezen worden naar de griepvaccinatie bij 65plussers en chronisch zieken, de screening op colorectale kanker voor patiënten van 50 tot 74 jaar, de screening op cardiovasculaire risicofactoren, het gesprek over rookgedrag en rookstopadvies, ...

7.3.2. De praktische organisatie van de rol van de huisarts in de preventieve zorg voor de gezondheid van zijn patiënt

De TGR zal de modaliteiten van een preventiemodule voor de huisarts ontwikkelen, die de volgende elementen bevatten :

- het starten van de preventie-module tussen de huisarts en zijn patiënt;
- het beheer van de module;
- de duur van de module;
- het verderzetten van de module na het eerste jaar.

De TGR ontwikkelt deze modaliteiten met het oog op de implementatie ervan in het elektronisch medisch dossier, zonder dat dit het gebruik van de module door niet-geïnformateerde huisartsen in het gedrang brengt.

De Nationale raad voor kwaliteitspromotie (NRKP) zal aanbevelingen opstellen betreffende de meetbare preventieve objectieven die voor elke doelgroep worden vooropgesteld.

De regelgeving zal ten slotte de implicaties van het starten en verlengen van een preventiemodule voor het openen en verlengen van het beheer van het globaal medisch dossier preciseren.

De NCGZ zal bijkomende maatregelen ontwikkelen ter bevordering van het gebruik van het elektronisch medisch dossier. De NCGZ dringt er bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op aan in het eerste semester van 2009 over te gaan tot de registratie van de groepspraktijken van huisartsen, zodat de incentives in het kader van de preventie-module alsook deze in het kader van de zorgtrajecten ook kunnen worden toegekend indien een patiënt een beroep op een andere huisarts van de groepspraktijk dan de huisarts die zijn globaal medisch dossier beheert.

7.3.3. Honoraria voor de huisarts

De huisarts die de start van een preventiemodule met zijn patiënt die een GMD heeft meedeelt aan diens verzekeringsinstelling, ontvangt daarvoor van de VI met toepassing van een specifieke code een jaarlijks forfaitair preventiehonorarium dat in 2009 10 euro bedraagt, als bijkomend honorarium bij het honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier.

In samenhang met de bestaande nomenclatuur inzake het globaal medisch dossier werkt de TGR een geïntegreerd voorstel uit waarbij :

- de betaling van het eerste forfaitair preventiehonorarium afhankelijk is van het in kennis stellen van de verzekeringsinstelling van de start van de preventiemodule;
- het forfaitair preventiehonorarium voor de volgende 2 jaren automatisch betaald wordt door de verzekeringsinstelling;
- het forfaitair honorarium voor het daaropvolgende jaar wordt betaald na ontvangst door de verzekeringsinstellingen van de update van de preventiemodule.

Daartoe zullen gegevens over de in het kader van de preventiemodule verrichte activiteiten worden verzameld op de door de NCGZ bepaalde wijze.

7.3.4. Aanmoediging van de patiënt

De rechthebbende die met zijn huisarts een preventiemodule start, behoudt in elk geval voor de duur van de module het recht in de wachtdienst, georganiseerd door de erkende huisartsenkring, en die een activiteitsdrempel huisbezoeken van zijn huisarts en de huisarts(-en) die met hem samenwerkt(-en).

Die remgeldverminderingen op de consultaties zijn een volledige terugbetaling voor rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming en een vermindering tot 3 euro voor de andere rechthebbenden.

7.3.5. Evaluatie

De NCGZ zal een evaluatiesysteem ontwikkelen waarbij, naar het voorbeeld van het systeem dat voor de evaluatie van de zorgtrajecten wordt voorgesteld, de belangrijkste meetbare preventieobjectieven worden geregistreerd, zodat de evaluatie van de preventieve actie van de huisartsen op verschillende niveaus, met inbegrip van de NCGZ en de Lok's, kan worden georganiseerd. Daartoe zullen gegevens over de in het kader van de preventiemodule verrichte activiteiten worden verzameld op de door de NCGZ bepaalde wijze.

## 8. PRAKTIJKONDERSTEUNING HUISARTSGENEESKUNDE

8.1 De 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 activiteitsdrempel bereiken van ten minste 1 250 raadplegingen en/of huisbezoeken per jaar, bedraagt voor het jaar 2009 1.043 euro.

Voor de toekenning van deze tegemoetkoming 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 vijf jaren van hun vestiging - anderzijds met de vaststelling dat voor het jaar van toekenning ten minste eenmaal een beschikbaarheidshonorarium werd toegekend of met melding van de inschrijving in de wachtdienst aan het Instituut. Indien evenwel de activiteitsgegevens van het tweede jaar dat het jaar van toekenning voorafgaat de drempel niet bereiken, wordt de gemiddelde activiteit over vijf jaar in aanmerking genomen.

Het bedrag van de toelage wordt vanaf 2010 jaarlijks aangepast aan de index op dezelfde wijze als de honoraria.

8.2. Impulsfonds voor de huisartsgeneeskunde

8.2.1. Bevordering van de installatie van huisartsen

De NCGZ zal op basis van haar evaluatie voorstellen formuleren voor het verfijnen van de bestaande regeling die in het kader van het Impulsfonds voor de huisartsgeneeskunde werd ontworpen ter bevordering van de *installatie* van recent erkende huisartsen enerzijds en van erkende huisartsen in zones die ressorteren onder het grootstedenbeleid of in zones met lage medische dichtheid anderzijds.

8.2.2. Tussenkost in het loon van een bediende die de huisarts bijstaat in de organisatie en het onthaal in zijn praktijk

8.2.2.1. De NCGZ zal op basis van artikel 36duodecies van de GVV-wet, ingevoegd door de wet van 24 juli 2008, een nieuw tussenkostensysteem ontwerpen in de loonlast van bedienden die de huisartsen bijstaan in de administratieve organisatie en het onthaal in hun praktijk. De maximale jaarlijkse tussenkost in de loonlast wordt berekend in functie van het aantal huisartsen waarvoor de bediende werkt, ongeacht of deze huisartsen alleen werken of in een groepering, de wekelijkse duur van de tewerkstelling en het aantal beheerde globaal medische dossiers (GMD). De NCGZ zal voor 31 maart 2009 advies uitbrengen over de concrete modaliteiten van dit tussenkostensysteem en over de overgangsmaatregelen voor de huisartsen die voor het jaar 2007 reeds recht hadden op een tussenkost in de loonlast van hun bediende.

8.2.2.2. De regeling zal uitwerking hebben met ingang van 1 januari 2009 en betrekking hebben op de lonen die ten laste werden genomen vanaf 1 januari 2008.

8.2.3. Financiële ondersteuning van de huisartsen die gegevens uitwisselen in het raam van hun samenwerking

De NCGZ zal een systeem van financiële ondersteuning ontwikkelen voor de huisartsen die in uitvoering van een onderling samenwerkingsakkoord gegevens betreffende hun patiënten uitwisselen. De tussenkost zal betrekking hebben op de installatie en ingebruikneming van informatica-materiaal enerzijds en op het functioneel gebruik ervan anderzijds.

## 9. TOEKOMSTGERICHTE HUISARTSENWACHTDIENSTEN

9.1. De NCGZ zal in de komende periode haar inspanningen ter ondersteuning van performante huisartsenwachtdiensten verder zetten.

9.2. De NCGZ hecht groot belang aan de inzet van de huisartsenkringen om de dienstverlening aan de bevolking in het kader van de wachtdiensten zo goed mogelijk te verzekeren. De NCGZ moedigt de initiatieven aan van de kringen die deze dienstverlening wensen te garanderen door, binnen de bestaande regelgeving over de wachtdienstorganisatie, het inzetten van de huisartsen die beschikbaar zijn voor de wachtdienst te optimaliseren en de toegankelijkheid voor de patiënten te versterken. Voor 2009 is voor deze initiatieven een bedrag van 1.500.000 euro beschikbaar op de begroting van de administratiekosten van het RIZIV en toe te voegen aan de reeds beschikbare financiële middelen voor de huisartsenwachtposten binnen en buiten de grote steden (ten belope van 5.100.000 euro).

De NCGZ zal tevens een regeling uitwerken waardoor de beschikbaarheidshonoraria die verschuldigd zijn voor een welbepaalde huisartsenzone door de huisartsenkring kunnen worden aangewend en herverdeeld met het oog op de correcte honorering van de huisartsen die meewerken aan voormelde vernieuwende organisatievormen.

9.3. In coherentie met haar andere beleidsinstrumenten inzake permanentie, beschikbaarheid en wachtdienst-ondersteuning en rekening houdend met de resultaten van de evaluatie van de lopende experimenten, zal de NCGZ in de loop van 2009 de basisoriëntaties vastleggen voor een meer structurele financiering van de huisartsenwachtposten, met inbegrip van deze in de grote steden, met het oog op de implementatie van de nieuwe regeling in de loop van 2010.

9.4. De NCGZ zal haar beleid ter ondersteuning van de huisartsenwachtdiensten ontwikkelen in afstemming met de Federale raad voor de huisartsenkringen.

## 10. ZORGTRAJECTEN

10.1. De NCGZ bevestigt de inwerkingtreding van het zorgtrajectensysteem op 1 april 2009.

10.2. De representatieve beroepsorganisaties van de geneesheren en de verzekeringsinstellingen verbinden zich tot een actief partnership om samen met het RIZIV een breed gedragen informatie- en communicatiecampagne te voeren rond de zorgtrajecten.

10.3. Met het oog op de vlotte inwerkingtreding op 1 april 2009 zal de NCGZ in de loop van het eerste trimester :

- de inclusiecriteria voor patiënten met chronische nierinsufficiëntie vaststellen;
- het ontwerp van zorgtrajectcontract voor de patiënten met diabetes type 2 en voor de patiënten met chronische nierinsufficiëntie voorstellen aan het Verzekeringscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV;
- voorstellen formuleren voor het optimaliseren van de toegang tot specifieke geneesmiddelen voor patiënten met een zorgtraject voor chronische nierinsufficiëntie;
- in overleg met de uitgebreide Akkoordraad voor diabetes zelfregulatie en de Nationale overeenkomstencommissie verpleegkundigen - verzekeringsinstellingen, voorzien in een systeem waardoor aan de diabetespatiënten via hun huisarts toegang verleend wordt tot zelfzorgmateriaal en diabeteseducatie;
- via de werkgroep « zorgtrajecten » van de NCGZ het model ontwikkelen voor het verzamelen van de gegevens voor de evaluatie van de zorgtrajecten.

## 11. PERMANENTIE EN BESCHIKBAARHEID

11.1. Huisartsen

De NCGZ beslist het experiment aangebracht in het kader van punt 11 van het akkoord 2008 te verlengen tot eind 2009.

In de loop van het tweede semester 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 besluiten zal de NCGZ beslissen voor eind 2009, en in het kader van de beschikbare middelen, over de toekomstige opties van zowel wachtdienst als permanentie.

11.2. Beschikbaarheid van de geneesheren-specialisten

Het koninklijk besluit van 29 april 2008 dat de beschikbaarheidshonoraria van de geneesheren-specialisten in de ziekenhuizen regelt, zal worden verduidelijkt. Als een geneesheer-specialist tegelijkertijd beschikbaar is voor meerdere ziekenhuizen tijdens een wettelijke feestdag of tijdens een weekend, kan slechts aan één ziekenhuis/medische raad het beschikbaarheidshonorarium uitbetaald worden. In dat geval zullen de hoofdgeneesheren van de betrokken ziekenhuizen onderling afspreken wie het honorarium kan aanrekenen.

Bovendien zal de NCGZ een globale herziening van het systeem van de permanenties en de beschikbaarheden in en voor het ziekenhuis voorbereiden.

## 12. ADMINISTRATIEVE VEREENVOUDIGING EN INFORMATISERING

12.1. De NCGZ zal met betrekking tot de administratieve vereenvoudiging en informatisering.

de volgende acties ondernemen :

- het via INTERNET consulteren en afladen van officiële gestandaardiseerde formulieren voor terugbetalingsaanvragen Hoofdstuk IV;
- het vereenvoudigen van het voorschrijven van medicatie voor chronisch zieken, zodanig dat verschillende verpakkingen van één specialiteit op hetzelfde voorschrift kunnen worden vermeld;
- de verdere ontwikkeling van het geïnformatiseerd accrediteringsdossier;
- het ontwikkelen van een informaticamodule die de artsen toelaat hun contactgegevens te consulteren en te wijzigen;
- het online meedelen van feedbacks aan de artsen over hun voorschrijfgedrag van geneesmiddelen;
- de ontwikkeling van een elektronische procedure voor de medische verkiezingen van 2010;
- de uitbouw van een geïnformatiseerd systeem voor de toepassing van de sociaal derde betalende;
- het opstarten van de werkzaamheden die moeten leiden tot de afschaffing van de papieren facturatie-documenten voor ambulante verstrekkingen voor klinische biologie en voor de medische raden;

12.2. De NCGZ wenst actief en constructief mee te werken aan het welslagen van het e-Health platform en aan de vzw E-care. Zij dringt erop aan dat bij de uitwisseling van medische gegevens de nodige garanties worden geboden op het vlak van de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en respect van de medische deontologie. Zij acht het niet aangewezen om in de loop van het akkoord dwingende maatregelen op te leggen.

12.3. De NCGZ dringt er bij de TGR op aan om de nomenclatuur aan te passen om de mogelijkheden omtrent het elektronisch voorschrijven van medische verstrekkingen uit te breiden

12.4. De NCGZ zal binnen een globale planning op niveau van het RIZIV zijn werkzaamheden verder zetten mbt :

- een beveiligde elektronische communicatie van reglementair vereiste sociaal administratieve en medische gegevens of documenten tussen de artsen en de (adviserend geneesheren van de) verzekeringsinstellingen (bijvoorbeeld Hoofdstuk IV - geneesmiddelen);
- 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.
- in overleg met de vertegenwoordigers van de apothekers het mogelijk maken van het elektronisch voorschrijven van geneesmiddelen binnen en buiten het ziekenhuis.

12.5. De NCGZ wenst ook pilootprojecten te ondersteunen die een toepassing van telegeneeskunde en telemonitoring mogelijk maken onder meer in het kader van de zorgtrajecten.

12.6. Tenslotte dringt de NCGZ erop aan dat het RIZIV binnen het kader van het netwerk van de openbare instellingen van sociale zekerheid initiatieven zou nemen om formulieren en attesten in de sector van de arbeidsongevallen, beroepsziekten en tegemoetkomingen mindervaliden te vereenvoudigen en dubbel gebruik te vermijden.

## 13. SOCIAAL STATUUT

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

13.1.1 het bedrag van het sociaal statuut voor het jaar 2009 wordt vastgesteld op 4.103,00 euro voor de geneesheren die van rechtswege geacht worden tot onderhavig akkoord te zijn toegetreden voor hun volledige beroepsactiviteit;

13.1.2. het bedrag van het sociaal statuut voor het jaar 2009 wordt vastgesteld op 2.018,00 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 en meer bepaald voor de bepalingen van punt 18, de honorariumbedragen die hiervoor zijn vastgesteld niet kunnen toepassen.

13.2. De NCGZ stelt voor de periodes van werkonderbreking zoals arbeidsongeschiktheid en zwangerschapsverlof gelijk te stellen met actieve werkperiodes.

## 14. TOEGANKELIJKHEID VOOR DE PATIENT

14.1. 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.

### 14.2. Sociale derdebetalers

Met het oog op het verzekeren van een optimale toegankelijkheid van de zorg voor bepaalde groepen verzekerden zal vanaf midden 2009 de regeling derde betalende, voorzien in het KB van 10 oktober 1986, worden toegepast voor de honoraria met betrekking tot het globaal medisch dossier, met en zonder preventiemodule, waarom de patiënt verzoekt alsook voor de honoraria in het kader van zorgtrajecten.

De verzekeringsinstellingen verbinden zich ertoe een gemeenschappelijke en eenvoudige procedure te ontwikkelen om een snelle uitbetaling van de verschuldigde honoraria te verzekeren.

Op termijn zal deze procedure in het kader van het project My Carenet worden geïntegreerd.

De NCGZ raadt aan om voor alle rechthebbenden op de voorkeurregeling die een document van hun verzekeringsinstelling voorleggen waaruit blijkt dat ze recht hebben op die regeling, de derdebetalersregeling toe te passen voor de raadplegingen en bezoeken.

### 14.3 Robotchirurgie

De NCGZ dringt er bij de technische Raad voor implantaten op aan om tegen uiterlijk het einde eerste trimester een voorstel tot terugbetaling van het materiaal bij robotchirurgie bij radicale prostatectomie over te maken aan het Verzekeringcomité.

14.4. Rekening houdend met de globale economische situatie waarin het land verkeert, roept de NCGZ de geneesheren die niet toetreden tot de bedingen van het akkoord op bij het bepalen van hun honorariumtarieven of de betalingsmodaliteiten de financiële toestand van de rechthebbenden in acht te nemen.

## 15. 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 :

15.1. evenredige selectieve transfer van per handeling betaalde honoraria naar forfaitaire honoraria;

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

15.3. 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;

15.4. 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;

15.5. en/of evenredige selectieve vermindering van de honoraria voor bepaalde diagnostische verstrekkingen die nader zullen worden gepreciseerd door de NCGZ 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 hebben plaatsgevonden tussen de Minister en de NCGZ.

## 16. AANBEVELINGEN AAN HET BELEID

16.1. De NCGZ neemt akte van de bedoeling van de Toezienende minister om te zoeken naar een oplossing voor de parkeerproblemen van de huisartsen bij bezoeken, waarbij rekening wordt gehouden met de algemene rechtsprincipes.

16.2. De NCGZ neemt akte van het engagement van de Toezienende minister om de partners te betrekken bij de besprekingen over de hervorming van de burgerlijke aansprakelijkheid zonder schuld.

16.3. De NCGZ stelt aan de voogdijoverheid voor aan de bestaande regeling inzake het Impulsfonds voor de huisartsgeneeskunde zoals ze is opgenomen in het koninklijk besluit van 15 september 2006 en de regeling die wordt ontworpen in uitvoering van onderhavig akkoord op te nemen in een nieuw gecoördineerd koninklijk besluit, genomen in uitvoering van artikel 36 duodecies van de GVV-wet.

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

16.5. De NCGZ dringt er bij de voogdijoverheid op aan dat de materies van de artikelen 152 en 153 van de Ziekenhuiswet in de GVV-Wet geregeld worden.

## 17. OVERLEG

17.1. De NCGZ wenst deel te nemen aan het opstarten van een medisch-farmacologisch overleg, zodat het efficiënter voorschrijven en gebruik van geneesmiddelen kan worden gestimuleerd en zodat een betere therapietrouw wordt verkregen; zij wenst ook mee te werken aan een beter risicobeheer, zodat betere therapeutische resultaten worden verkregen. Daartoe is een billijke vertegenwoordiging van alle partijen van primordiaal belang.

17.2. Met het oog op het formuleren van voorstellen aan het Verzekeringscomité inzake de begroting 2010 en 2011, zullen de partners van de NCGZ regelmatig overleg plegen.

17.3. De NCGZ bevestigt de opdracht die ze in het raam van het vorige Akkoord heeft aangevat, met name de rol van de coördinerend en raadgevend arts in het raam van de zorgverlening voor de bewoners in ROB, RVT en centra voor kort verblijf, alsook in de centra voor dagverzorging, verder te ontwikkelen, in samenspraak met de volgende partners : de overeenkomstencommissies, de FOD Volksgezondheid en de Gemeenschappen en Gewesten; voorts moet de nadruk worden gelegd op de noodzaak om tot een harmonieus overleg te komen met de huisartsen welke die bewoners behandelen.

## 18. TOEPASSINGSVOORWAARDEN VAN HET AKKOORD

18.1. 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.

De NCGZ vestigt er de aandacht op dat bij toepassing van het Europees Verdrag en de Europese Verordening 883/2004 ten opzichte van Europese onderdanen, met inbegrip van personeel tewerkgesteld door de instellingen van de Europese Unie, geen tarieven mogen worden toegepast die hoger liggen dan de tarieven die gelden ten aanzien van de residenten die onderworpen zijn aan het nationaal stelsel van sociale zekerheid.

18.2. In het kader van de toepassingsvoorwaarden van het akkoord onderscheidt men twee categorieën van zorgverleners, zowel voor de algemeen geneeskundigen als voor de geneesheren-specialisten :

18.2.1. De volledig geconventioneerde zorgverleners,

18.2.2. De gedeeltelijk geconventioneerde zorgverleners.

18.3. Algemeen geneeskundigen

18.3.1. De volledig geconventioneerde zorgverleners

De volledig geconventioneerde algemeen geneeskundige is de algemeen geneeskundige die zijn hele praktijk aan de voorwaarden van dit akkoord onderwerpt en voor wie, behalve wanneer de rechthebbende bijzondere eisen stelt die strikt zijn bepaald in punt 18.3.3., de honorariumbedragen en de reisvergoedingen, vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, op zijn hele praktijk worden toegepast.

18.3.2. De gedeeltelijk geconventioneerde zorgverleners

18.3.2.1. Definitie en toe te passen tarieven

De gedeeltelijk geconventioneerde algemeen geneeskundige is de algemeen geneeskundige die zijn hele praktijk aan de voorwaarden van dit akkoord onderwerpt, behalve gedurende de periodes en overeenkomstig de voorwaarden die strikt in de punten 18.3.2.2. hieronder zijn bepaald.

Behalve tijdens de periodes en overeenkomstig de voorwaarden die strikt zijn bepaald in de punten 18.3.2.2. hieronder, of behalve wanneer de rechthebbende bijzondere eisen stelt die strikt zijn bepaald in punt 18.3.3., worden de honorariumbedragen en de reisvergoedingen, vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, op zijn hele praktijk toegepast.

### 18.3.2.2. Periodes en voorwaarden van de gedeeltelijke toetreding tot het akkoord

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

18.3.2.2.1. maximum driemaal per week per blok van maximum vier aaneengesloten uren

18.3.2.2.2. en wanneer de rest van zijn praktijk minstens drie vierden van het totaal van zijn praktijkvertegenwoordigt en wordt verricht tegen de honorariumbedragen die zijn vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, behalve wanneer de rechthebbende bijzondere eisen stelt die strikt zijn bepaald in punt 18.3.3.

18.3.3. Bijzondere eisen van de rechthebbende

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

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

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

18.3.3.3. 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;

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

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

18.3.3.6. In overeenstemming met artikel 8 van de Wet d.d. 26-09-2002 betreffende de rechten van de patiënt dient de arts de patiënt vooraf in te lichten over de financiële gevolgen van de bijzondere eis die door de patiënt wordt gesteld.

### 18.4. Geneesheren-specialisten

#### 18.4.1. De volledig geconventioneerde zorgverleners

De volledig geconventioneerde geneesheer-specialist is de geneesheer-specialist die zijn hele praktijk aan de voorwaarden van dit akkoord onderwerpt en voor wie, behalve wanneer de rechthebbende bijzondere eisen stelt die strikt zijn bepaald in punt 18.4.3., de honorariumbedragen en de reisvergoedingen, vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, op zijn hele praktijk worden toegepast.

#### 18.4.2. De gedeeltelijk geconventioneerde zorgverleners

##### 18.4.2.1. definitie en toe te passen tarieven

De gedeeltelijk geconventioneerde geneesheer-specialist is de geneesheer-specialist die zijn hele praktijk aan de voorwaarden van dit akkoord onderwerpt, behalve gedurende de periodes en overeenkomstig de voorwaarden die strikt in de punten 18.4.2.2. hieronder zijn bepaald.

Behalve tijdens de periodes en overeenkomstig de voorwaarden die strikt zijn bepaald in de punten 18.4.2.2. hieronder, of behalve wanneer de rechthebbende bijzondere eisen stelt die strikt zijn bepaald in punt 18.4.3., worden de honorariumbedragen en de reisvergoedingen, vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, op zijn hele praktijk toegepast.

##### 18.4.2.2. Periodes en voorwaarden van de gedeeltelijke toetreding tot het akkoord

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

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

18.4.2.2.2. en wanneer minstens de helft van al zijn verstrekkingen aan de ambulante patiënten wordt verricht tegen de honorariumbedragen die zijn vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, behalve wanneer de rechthebbende bijzondere eisen stelt die strikt zijn bepaald in punt 18.4.3, en op uren die normaal gezien schikken voor de rechthebbenden van de verzekering voor geneeskundige verzorging.

18.4.2.2.3. en wanneer de geneesheer op elk van de mogelijke plaatsen van uitoefening van zijn praktijk, gedurende een bepaalde periode verstrekkingen verricht voor ambulante patiënten tegen de honorariumbedragen die zijn vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, behalve wanneer de rechthebbende bijzondere eisen stelt die strikt zijn bepaald in punt 18.4.3.

#### 18.4.3. Bijzondere eisen van de rechthebbende

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

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

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

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

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

18.4.3.5. In overeenstemming met artikel 8 van de Wet d.d. 26-09-2002 betreffende de rechten van de patiënt dient de arts de patiënt vooraf in te lichten over de financiële gevolgen van de bijzondere eis die door de patiënt wordt gesteld.

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

60.804,41 euro per gezin, vermeerderd met 2.026,08 euro per persoon ten laste, als er slechts één gerechtigde is;

of 40.535,83 euro per gerechtigde, vermeerderd met 2.026,08 euro per persoon ten laste, als er meerdere gerechtigden zijn.

18.6. De betwistingen met betrekking tot punt 18 zullen onder de arbitrage van een paritair comité worden geplaatst dat wordt samengesteld door de NCGZ en wordt voorgezeten door een ambtenaar van het Riziv.

#### 18.7. Mededeling en bekendmaking van het toetredingsstatuut

Naast hun wil om de diverse betrokken partijen zo duidelijk en volledig mogelijk te informeren, raden de partijen aan om, indien nodig, de ZIV-wet aan te passen teneinde te zorgen voor een duidelijke en aangepaste mededeling en bekendmaking van het statuut van de geneesheer die volledig, gedeeltelijk of niet tot dit akkoord is toegetreten en van de periodes van toetreding of gedeeltelijke toetreding.

### 19. GESCHILLENBEMIDDELING

De NCGZ 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 TGR heeft ingewonnen.

### 20. DUUR VAN HET AKKOORD

20.1. Dit akkoord wordt voor een periode van twee jaar gesloten (namelijk van 1 januari 2009 tot 31 december 2010).

20.2. Het akkoord kan worden opgezegd met een ter post aangetekende brief die aan de voorzitter van de NCGZ is gericht :

20.2.1. door één van de partijen :

20.2.1.1. vóór 1 december 2009 als ze van oordeel is dat de bijkomende financiële middelen die zijn toegewezen voor het volgende begrotingsjaar onmiskenbaar ontoereikend zijn om de goede uitvoering van het akkoord te waarborgen.

Onverminderd punt 20.2.1.4., treedt die gemotiveerde opzegging, die het bewijs levert van het onmiskenbare tekort aan middelen, op 1 januari 2010 in werking.

20.2.1.2. 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 op grond van artikel 18 van genoemde gecoördineerde wet eenzijdig maatregelen genomen heeft die 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.

20.2.1.3. De bepalingen van dit akkoord zijn van toepassing op alle verstrekkingen die op 31 december 2008 in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen zijn vermeld. Wanneer de aldus omschreven nomenclatuur door de overheid eenzijdig gewijzigd wordt in 2009 of 2010, is het akkoord vanaf de inwerkingtreding van deze wijziging niet meer van toepassing op de gewijzigde bepalingen van de nomenclatuur, tenzij deze wijziging de goedkeuring heeft bekomen van de NCGZ.

20.2.1.4. Een partij is geldig vertegenwoordigd als ze ten minste 7 van de leden die haar vertegenwoordigen in de NCGZ, verenigt.

20.2.1.5. Die opzegging kan evenwel slechts in werking treden als de opzeggende partij die opzegging bevestigt voor de NCGZ die in spoedvergadering is bijeengeroepen, overeenkomstig de quorumregels bedoeld in artikel 50, § 2, paragraaf 4.

20.2.2. door een geneesheer :

20.2.2.1. vóór 1 november 2009.

Die opzegging is van toepassing vanaf 1 januari 2010.

20.2.2.2. 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 op grond van artikel 18 van genoemde gecoördineerde wet eenzijdig maatregelen genomen heeft die 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.

**21. FORMALITEITEN**

21.1. 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 17 december 2008 gesloten Nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen.

Datum :

Handtekening :

21.2. De andere geneesheren dan die welke, overeenkomstig de bepalingen die zijn vermeld onder 21.1., kennis hebben gegeven van hun weigering tot toetreding tot de bedingen van het akkoord dat op 17 december 2008 in de NCGZ 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 meegegeeld waaronder zij, overeenkomstig de bedingen van dit akkoord en meer bepaald de punten 18.3.2. en 18.4.2. (« gedeeltelijk geconventioneerde ») :

21.2.1. de honorariumbedragen zullen toepassen die daarin zijn vastgesteld.

21.2.2. de honorariumbedragen niet zullen kunnen toepassen die daarin zijn vastgesteld;

Die mededeling moet worden gedaan met een ter post aangetekende brief, gericht aan de NCGZ op het onder 21.1. vermelde adres. In de brief moet het volgende staan :

21.2.2.1. 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 17 december 2008 gesloten nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen, uit te oefenen onder de volgende voorwaarden inzake tijd en plaats :

a) raadplegingen, afspraken en verstrekkingen in de spreekkamer, buiten de bedingen van het akkoord, ten belope van maximaal drie keer per week per tijdsvak van maximum 4 ononderbroken uren (punt 18.3.2.2. « Periodes en voorwaarden van de gedeeltelijke toetreding tot het akkoord ») :

Dagen	Plaats	Uren

b) alle andere verstrekkingen die verricht worden buiten de tijdsvakken vastgesteld in bovenstaand punt a), zullen worden uitgevoerd overeenkomstig de bepalingen van het akkoord. Ik bevestig op erewoord en verbind mij ertoe dat zij tenminste driekwart van mijn gehele praktijk vertegenwoordigen en zullen vertegenwoordigen. Ter informatie vermeld ik hierna de voorafgaandelijk vastgestelde tijdsvakken voor de verlening van deze verstrekkingen.

Dagen	Plaats	Uren

Datum :

Handtekening :

21.2.2.2. 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 17 december 2008 gesloten nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen, uit te oefenen onder de volgende voorwaarden inzake tijd en plaats :

a) consultaties, afspraken en technische prestaties, voor ambulante patiënten, buiten de bedingen van het akkoord ten belope van maximaal vier keer per week per tijdsvak van maximum 4 ononderbroken uren (punt 18.4.2.2. « Periodes en voorwaarden van de gedeeltelijke toetreding tot het akkoord ») :

Dagen	Plaats	Uren

b) alle andere verstrekkingen verricht in het kader van het geheel van mijn praktijk zullen verricht worden overeenkomstig de bepalingen van het akkoord.

c) de verstrekkingen voor ambulante patiënten verricht buiten de tijdsvakken vastgesteld in bovenstaand punt a), zullen worden uitgevoerd overeenkomstig de bepalingen van het akkoord. Ik bevestig op erewoord en verbind mij ertoe dat zij tenminste de helft van mijn gehele praktijk vertegenwoordigen en zullen vertegenwoordigen. Ik vermeld hierna de vastgestelde tijdsvakken voor de verlening van deze verstrekkingen voor ambulante patiënten met inachtnaam van de verplichting toegang te verlenen tot deze verstrekkingen op elk praktijkadres, overeenkomstig de bepalingen van het akkoord :

Dagen	Plaats	Uren

Datum :

Handtekening :

21.3. Alle latere wijzigingen van de voorwaarden inzake tijd en plaats waaronder de onder 21.2. 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 NCGZ 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.

21.4. 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, zichtbaar voor de rechthebbenden, het document aanplakken dat hen is overgemaakt door de Dienst voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V. (model door deze dienst opgemaakt in overleg met de Nationale raad van de Orde der geneesheren) en waarin is vermeld dat zij tot het akkoord zijn toetreden en waarin ook, in geval van toepassing van de gedeeltelijke toetreding, de dagen, uren en plaatsen zijn opgegeven waarop ze zullen mogen afwijken van de tarieven van dit akkoord met naleving van de voorwaarden vastgesteld in punt 18 betreffende de gedeeltelijke conventionering.

Opgemaakt te Brussel op 17 december 2008

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

De vertegenwoordigers van de bank van de verzekeringsinstellingen

## BIJLAGE 1 : Nieuwe patiënten detailgegevens van de behandelingen van de 6 klassen

## 1. Protonpompinhibitoren

Binnen die klasse kregen de nieuwe patiënten behandelingen die als volgt waren onderverdeeld (onderverdeling op basis van het volume in DDD) :

ATC-code	Naam van de molecule	Naam van de meest voorgeschreven specialiteit	% van het volume nieuwe patiënten	Kosten RIZIV/DDD
A02BC01	OMEPRAZOLE	OMEPRAZOLE MYLAN 20 mg	73 %	0,48
A02BC02	PANTOPRAZOLE	PANTOZOL	14 %	1,45
A02BC03	LANSOPRAZOLE	DAKAR	3 %	0,51
A02BC04	RABEPRAZOLE	PARIET	1 %	1,06
A02BC05	ESOMEPRAZOLE	NEXIAM 20 mg	8 %	0,94

Voor die klasse is de goedkoopste molecule (Kosten RIZIV/DDD) omeprazol.

## 2. Producten met werking op het renine-angiotensinesysteem

Binnen die klasse kregen de nieuwe patiënten behandelingen die als volgt waren onderverdeeld (onderverdeling op basis van het volume in DDD) :

ATC-code	Naam van de molecule	Naam van de meest voorgeschreven specialiteit	% van het volume nieuwe patiënten	Kosten RIZIV/DDD
C09AA01	CAPTOPRIL	CAPOTEN	1 %	0,28
C09AA02	ENALAPRIL	RENITEC	1 %	0,10
C09AA03	LISINOPRIL	ZESTRIL	22 %	0,16
C09AA04	PERINDOPRIL	COVERSYL	19 %	0,32
C09AA05	RAMIPRIL	TRITACE 10 mg	25 %	0,14
C09AA06	QUINAPRIL	ACCUPRIL 20 mg	1 %	0,21
C09AA07	BENAZEPRIL	CIBACEN	0 %	0,50
C09AA08	CILAZAPRIL	INHIBACE	0 %	0,28
C09AA09	FOSINOPRIL	FOSINIL	0 %	0,56
C09BA02	ENALAPRIL ET DIURETIQUES	CO-RENITEC	0 %	0,19
C09BA03	LISINOPRIL ET DIURETIQUES	ZESTORETIC	3 %	0,34
C09BA04	PERINDOPRIL ET DIURETIQUES	PRETERAX	5 %	0,68
C09BA05	RAMIPRIL ET DIURETIQUES	TRITAZIDE	0 %	0,39
C09BA06	QUINAPRIL ET DIURETIQUES	ACCURETIC	0 %	0,35
C09BA08	CILAZAPRIL ET DIURETIQUES	CO-INHIBACE	0 %	0,76
C09BB05	RAMIPRIL ET FELODIPINE	TAZKO 5 mg	1 %	0,46
C09CA01	LOSARTAN	COZAAR	2 %	0,58
C09CA02	EPROSARTAN	TEVETEN 600	1 %	0,56
C09CA03	VALSARTAN	DIOVANE 160	3 %	0,44
C09CA04	IRBESARTAN	APROVEL	3 %	0,48
C09CA06	CANDESARTAN	ATACAND	2 %	0,36
C09CA07	TELMISARTAN	MICARDIS	2 %	0,43
C09CA08	OLMESARTAN MEDOXOMIL	BELSAR 20 mg	3 %	0,46
C09DA01	LOSARTAN ET DIURETIQUES	COZAAR PLUS	1 %	0,88
C09DA02	EPROSARTAN ET DIURETIQUES	TEVETEN PLUS 600	0 %	0,58
C09DA03	VALSARTAN ET DIURETIQUES	CO-DIOVANE	1 %	0,84
C09DA04	IRBESARTAN ET DIURETIQUES	COAPROVEL 300/12,5 mg	1 %	0,90
C09DA06	CANDESARTAN ET DIURETIQUES	ATACAND PLUS	1 %	0,68
C09DA07	TELMISARTAN AVEC DIURETIQUES	MICARDIS PLUS	1 %	0,86
C09DA08	OLMESARTAN MEDOXOMIL ET DIURETIQUES	BELSAR PLUS 20 mg/12,5 mg	1 %	0,54
C09DB01	VALSARTAN ET AMLODIPINE	EXFORGE 5 mg/160 mg	0 %	0,99

Voor die klasse zijn de goedkoopste behandelingen (Kosten RIZIV/DDD) de inhibitoren van het conversie-enzym.

## 3. Inhibitoren van de HMG-CoA reductase (statines)

Binnen die klasse kregen de nieuwe patiënten behandelingen die als volgt waren onderverdeeld (onderverdeling op basis van het volume in DDD):

ATC-code	Naam van de molecule	Naam van de meest voorgeschreven specialiteit	% van het volume nieuwe patiënten	Kosten RIZIV/DDD
C10AA01	SIMVASTATINE	ZOCOR 20 mg	59 %	0,20
C10AA03	PRAVASTATINE	PRAREDUCT 40 mg	9 %	0,26
C10AA04	FLUVASTATINE	LESCOL EXEL 80	1 %	0,37
C10AA05	ATORVASTATINE	LIPITOR 20	20 %	0,54
C10AA07	ROSUVASTATINE	CRESTOR 10 mg	11 %	0,67

Voor die klasse is de goedkoopste molecule (Kosten RIZIV/DDD) simvastatine.

## 4. Triazolderivaten

Binnen die klasse (met uitzondering van voriconazol) kregen de nieuwe patiënten behandelingen die als volgt waren onderverdeeld (onderverdeling op basis van het volume in DDD):

ATC-code	Naam van de molecule	Naam van de meest voorgeschreven specialiteit	% van het volume nieuwe patiënten	Kosten RIZIV/DDD
J02AC01	FLUCONAZOLE	DIFLUCAN	45 %	5,76
J02AC02	ITRACONAZOLE	SPORANOX	55 %	2,27

Voor die klasse is de goedkoopste molecule (Kosten RIZIV/DDD) itraconazol.

## 5. Niet-steroidale anti-inflammatoire en antirheumatische middelen

Binnen die klasse kregen de nieuwe patiënten behandelingen die als volgt waren onderverdeeld (onderverdeling op basis van het volume in DDD):

ATC-code	Naam van de molecule	Naam van de meest voorgeschreven specialiteit	% van het volume nieuwe patiënten	Kosten RIZIV/DDD
M01AA01	PHENYLBUTAZONE	BUTAZOLIDINE	0 %	0,05
M01AB01	INDOMETACINE	INDOCID	0 %	0,17
M01AB02	SULINDAC	CLINORIL FORTE	0 %	0,24
M01AB05	DICLOFENAC	CATAFLAM	27 %	0,28
M01AB14	PROGLUMETACINE	TOLINDOL	0 %	0,43
M01AB16	ACECLOFENAC	BIOFENAC	5 %	0,73
M01AB55	DICLOFENAC, ASSOCIATIONS	ARTHROTEC 75	0 %	0,54
M01AC01	PIROXICAM	FELDENE LYOTABS	17 %	0,36
M01AC02	TENOXICAM	TILCOTIL	1 %	0,27
M01AC06	MELOXICAM	MOBIC	9 %	0,39
M01AE01	IBUPROFENE	IBUPROFENE EG 600 mg	25 %	0,23
M01AE02	NAPROXENE	APRANAX 550	11 %	0,21
M01AE03	KETOPROFENE	ROFENID READY MIX	1 %	0,42
M01AE09	FLURBIPROFENE	FROBEN 100	0 %	0,35
M01AE12	OXAPROZINE	DURAPROX	0 %	0,43
M01AH01	CELECOXIB	CELEBREX	2 %	0,84
M01AH06	LUMIRACOXIB	PREXIGEM 100 mg	0 %	0,80

Voor die klasse zijn de niet-coxibbehandelingen de goedkoopste.

## 6. Selectieve inhibitoren van de heropname van sérotonine

Binnen die klasse kregen de nieuwe patiënten behandelingen die als volgt waren onderverdeeld (onderverdeling op basis van het volume in DDD):

ATC-code	Naam van de molecule	Naam van de meest voorgeschreven specialiteit	% van het volume nieuwe patiënten	Kosten RIZIV/DDD
N06AB03	FLUOXETINE	FLUOXETINE EG	8 %	0,44
N06AB04	CITALOPRAM	CITALOPRAM EG	15 %	0,44
N06AB05	PAROXETINE	SEROXAT	21 %	0,49
N06AB06	SERTRALINE	SERLAIN	21 %	0,40
N06AB08	FLUVOXAMINE	FLOXYFRAL	0 %	0,47
N06AB10	ESCITALOPRAM	SIPRALEXA 10 mg	34 %	0,83

Voor die klasse is de goedkoopste molecule (Kosten RIZIV/DDD) sertaline.

## BIJLAGE 2 : Grote voorschrijvers

Beperkingen :

1) Alleen de patiënten van 50 jaar en ouder worden in aanmerking genomen (berekend volgens jaar van aflevering - geboortjaar).

2) Alleen de algemeen geneeskundigen (bekwamingen 000 tot 009) die gedurende het jaar ten minste 90 patiënten van 50 jaar en ouder hebben gehad, worden in aanmerking genomen (in dit geval is een patiënt een persoon voor wie de voorschrijver tenminste één verpakking heeft voorgeschreven die is opgenomen in Farmanet).

De klassen van geneesmiddelen :

Klassen van geneesmiddelen	Benaming
A02+A03	Bereidingen voor de afscheiding van maagzuur en gastro-intestinale functionele stoornissen
C01 à C09	CARDIOVASCULAIRE behalve hypolipidemiërende middelen, dit is nog : C02 - antihypertensiva + C03 - diuretica + C07 - beta-blokkers + C08 - calciumantagonisten + C09 - producten met werking op het renine-angiotensinesysteem
C10	Hypolipidemiërende middelen
J01	Antibacteriële middelen voor systemisch gebruik
M01	Anti-inflammatoire en antirheumatische middelen
M05	Geneesmiddelen voor de behandeling van beenderziekten
N02	Analgetica
N05 + N06	Psycholeptica + psychoanaleptica
R03	Bereidingen voor obstructieve respiratoire aandoeningen.

« Definitie » van grote voorschrijvers :

Voor elke klasse wordt per voorschrijver de volgende ratio berekend :

totaal DDD van de klassen/patiënt

(in de noemer staat het totaal van de patiënten van 50 jaar en ouder). De « grote voorschrijvers » in een klasse zijn die welke een ratio hebben die boven de waarde P90 ligt.

Spreiding van de voorschrijvers ten aanzien van de waarden P90 van de 9 klassen :

Aantal klassen waarvoor de voorschrijver de waarde P90 overschrijdt	Aantal voorschrijvers
0	6.232
1	2.338
2	1.318
3	748
4	354
5	168
6	74
7	20
8	4
Totaal	11.256
Totaal met ten minste 1 « overschrijding »	5.024