

## SERVICE PUBLIC FEDERAL SECURITE SOCIALE

[C — 2010/22524]

## 13 DECEMBRE 2010. — Accord national médico-mutualiste 2011

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, sous la présidence de M. Johan DE COCK, a conclu le 13 décembre 2010, l'accord suivant :

## 1. CONTEXTE

La Commission nationale médico-mutualiste est consciente de l'importance de garantir, dans le contexte politique, économique et budgétaire actuel, la sécurité tarifaire des patients, et, le cas échéant, de la renforcer. Par voie de concertation, elle souhaite prendre les mesures qui s'imposent devant contribuer à une utilisation scrupuleuse des moyens de l'assurance soins de santé. Les adaptations tarifaires et les nouvelles initiatives sont strictement limitées à l'année 2011.

## 2. OBJECTIF BUDGETAIRE PARTIEL 2011

La Commission nationale médico-mutualiste prend connaissance du montant de l'objectif budgétaire partiel 2011 fixé le 18 octobre 2010 par le Conseil général de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité à 7.113.974 milliers d'euros. Il a été tenu compte, d'une part, d'une masse d'indexation de 98.635 milliers d'euros, ce qui correspond à une adaptation de 1,40 %, et, d'autre part, d'une économie à réaliser au niveau de la nomenclature des prestations de santé des médecins spécialistes pour un montant de 30 millions d'euros en 2011. Cette économie représente 0,52 % de la masse d'honoraires concernée.

L'objectif budgétaire partiel de 2011 connaît une augmentation de 3,59 % par rapport à l'objectif budgétaire 2010.

## 3. MESURES RELATIVES AUX MEDECINS DE MEDECINE GENERALE

3.1. Les honoraires et le forfait d'accréditation des médecins de médecine générale, tels qu'ils avaient été fixés le 31 décembre 2010, sont indexés de façon linéaire de 1,40 % à la date du 1<sup>er</sup> janvier 2011 (impact : 18,406 millions d'euros).

3.2. La Commission nationale médico-mutualiste prend connaissance de la proposition de la Ministre des Affaires sociales visant à faire approuver par le Conseil des Ministres, avant le 31 décembre 2010, les projets d'arrêtés relatifs à l'instauration du supplément d'honoraires pour la gestion du dossier médical global (DMG+ avec module de prévention) par le médecin généraliste agréé, afin que la mesure puisse entrer en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2011.

3.3. La Commission nationale médico-mutualiste met l'accent sur l'adoption urgente par le Gouvernement du projet d'arrêté approuvé par le Comité de l'assurance le 29 novembre 2010 concernant Impulseo III. Ce projet d'arrêté vise l'exécution du point 8.2.2 de l'accord national du 17 décembre 2008 qui prévoit une intervention financière accordée aux médecins individuels — liés ou non par un accord de coopération — en vue d'alléger la charge salariale des employés qui les assistent au niveau de l'organisation administrative et de l'accueil à leur cabinet.

3.4. La Commission nationale médico-mutualiste est plus que jamais convaincue qu'une politique intégrée en matière de services de garde de médecins généralistes et de postes de garde de médecine générale doit être menée afin de pouvoir garantir, à la lumière des évolutions sociologiques au sein du groupe professionnel, une continuité optimale des soins de première ligne.

A cette fin, la Commission nationale médico-mutualiste élaborera en 2011 les propositions suivantes :

3.4.1. l'adaptation et la simplification de la procédure d'accords en matière de postes de garde de médecine générale;

3.4.2. l'ancrage du financement dans un cadre structurel au lieu d'un contexte expérimental;

3.4.3. la précision des conditions de financement compte tenu des règles de base suivantes :

3.4.3.1. les postes de garde de médecine générale assurent un service minimum pendant les week-ends et les jours fériés légaux;

3.4.3.2. pour l'organisation et le financement des déplacements des médecins généralistes de garde, il sera tenu compte de la charge de travail et de la durée des déplacements des médecins généralistes, de la sécurité et de la structure des coûts;

3.4.3.3. chaque accord comporte un plan d'action pluriannuel détaillé visant à communiquer à la population les objectifs et le fonctionnement des postes de garde de médecine générale, en ce compris une méthode permettant de mesurer la notoriété des postes de garde de médecine générale : en se basant sur le rapport d'activités annuel, la Commission nationale médico-mutualiste pourra donner des directives et/ou moduler des incitants financiers;

3.4.3.4. pour l'application individuelle de ces principes de base, la Commission nationale médico-mutualiste pourra, pendant une période de deux ans, tenir compte du fait que le fonctionnement des postes de garde de médecine générale est en phase de démarrage;

3.4.4. incitant à l'application généralisée du régime du tiers payant dans le cadre des postes de garde;

3.4.5. augmentation du budget à 9,884 millions d'euros (+ 3 millions d'euros) pour l'extension du nombre de postes de garde de médecine générale et pour le financement d'un nombre de solutions similaires, au moyen d'une convention conclue avec le Comité de l'assurance, sur proposition de la Commission nationale médico-mutualiste;

3.4.6. suivi et évaluation périodiques des mesures concernées, par un groupe de direction désigné par la Commission nationale médico-mutualiste.

3.5. En 2011, la Commission nationale médico-mutualiste fera une première évaluation de la mise en œuvre des trajets de soins.

Le cas échéant, des moyens supplémentaires seront débloqués en vue de promouvoir et de soutenir le développement des trajets de soins.

3.6. Les médecins généralistes qui adhèrent à l'accord national s'engagent, de manière générale, à appliquer le régime du tiers payant social pour toutes les prestations de consultation, et ce à la demande du patient et selon les modalités fixées par la Commission nationale médico-mutualiste (voir annexe).

En cas de présomption d'abus ou de présomption d'irrégularités dans le chef du patient ou si la situation réelle du patient semble ne pas être conforme aux conditions précitées, l'application du régime pourra néanmoins être refusée.

L'application de ce régime sera évaluée au terme d'une année, sur la base d'éventuelles constatations faites tant auprès des médecins qu'au sein des organismes assureurs.

3.7. 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 2011 à 1.500 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 national d'assurance maladie-invalidité 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.

3.8. Les mesures visées aux points 11.1.1 et 11.1.2 de l'accord national médico-mutualiste 2008 concernant la permanence et la disponibilité des médecins généralistes sont prolongées et augmentées à 3 euros en 2011.

#### 4. MESURES RELATIVES AUX MEDECINS SPECIALISTES

4.1. Les honoraires et le forfait d'accréditation des médecins spécialistes, tels qu'ils avaient été fixés le 31 décembre 2010, sont indexés de 1,40 % à la date du 1<sup>er</sup> janvier 2011 en ce qui concerne les rubriques suivantes de la nomenclature des prestations de santé (impact : 15,687 millions d'euros) : toutes les prestations de l'article 2 réservées aux médecins spécialistes; toutes les prestations de l'article 3 réservées aux médecins spécialistes, à l'exception de la biologie clinique; toutes les prestations de gynécologie de l'article 9, *b*) et *c*), et de l'article 14, *g*); toutes les prestations de l'article 25.

Les autres prestations sont indexées conformément aux modalités prévues aux points 4.4 et 4.7.

4.2. La Commission nationale médico-mutualiste prend connaissance de la communication de la Ministre des Affaires sociales selon laquelle le Conseil d'Etat émettra un avis pour le 30 décembre 2010 sur le projet d'arrêté relatif aux honoraires forfaitaires des médecins spécialistes en pédiatrie en vue de stimuler leur présence au sein de l'hôpital. La Commission nationale médico-mutualiste prend également connaissance de l'engagement de publier ensuite l'arrêté au plus vite.

4.3. La Commission nationale médico-mutualiste décide de franchir une première étape en 2011 en ce qui concerne la réinstauration des prestations désignées par les numéros d'ordre 590833 et 590855.

En 2011, la prestation désignée par le numéro d'ordre 590833 sera remboursée à hauteur d'un C 2. La prestation désignée par le numéro d'ordre 590855 sera revalorisée à hauteur d'un C 5 (impact : 8,276 millions d'euros).

4.4. En ce qui concerne les prestations spéciales, les mesures suivantes seront prises en 2011 :

4.4.1. au moyen de l'adaptation de la lettre-clé (dans l'attente de l'adaptation technique de la nomenclature) :

Mesures structurelles	Montant
<b>11/01 Neurologie, psychiatrie, neuropsychiatrie</b> Révision de la nomenclature "evoked potentials" et "event related potentials"	2.000.000 EUR
<b>11/02 Chirurgie plastique / ORL</b> Dévalorisation des prestations "chirurgie corrective de l'oreille" : concernant les prestations 253551 à 253606 en chirurgie plastique concernant les prestations 258156 à 258204 en ORL	500.000 EUR
<b>11/03 Dermatologie</b> Diminution pour 532630-532641 : - 5,06 euros Diminution pour 532652-532663 : - 3,29 euros	1.750.000 EUR
<b>11/04 Prestations spéciales</b> Diminution pour 353231-353242 : - 4 euros	755.000 EUR
<b>11/05 Chirurgie plastique</b> Equivalence 251731-251742 avec 532674-532685	216.000 EUR
<b>11/06 Pneumologie</b> Diminution des numéros de code 471376 et 471380	3.658.000 EUR
<b>11/07 Neuropsychiatrie</b> Suppression de la prestation 477234-477245	1.363.000 EUR
<b>11/08 ORL</b> Diminution tympanoscopie	2.529.000 EUR
<b>11/09 Imagerie médicale : Echographies articles 17bis et 17quater</b> Diminution de 3 % article 17bis Diminution de 3 % article 17quater	2.669.000 EUR 4.747.000 EUR
<b>11/10 Imagerie médicale : Coronarographies articles 17 et 17ter</b>	1.084.000 EUR
<b>Total</b>	<b>21.721.000 EUR</b>

4.4.2. au moyen de l'adaptation de la nomenclature des prestations de santé selon le tableau ci-après ou des mesures avec un impact équivalent pour les mêmes groupes de prestataires :

Mesures structurelles	Montant
<b>11/11 Imagerie médicale</b> Cone Beam CT	4.000.000 EUR
<b>11/12 Aide opératoire</b> Suppression de l'imputation de l'aide opératoire pour les prestations interventionnelles percutanées	3.295.000 EUR
<b>11/13 Honoraires de surveillance pour patients adultes</b> Interdiction de cumul des honoraires de surveillance le jour de l'admission avec les honoraires des prestations d'urgence visées à l'article 25, § 3bis pour patients adultes	1.500.000 EUR
<b>11/14 Cardiologie</b> Insérer des honoraires forfaitaires annuels pour les contrôles de suivi des stimulateurs cardiaques et défibrillateurs cardiaques implantés	3.395.000 EUR
<b>11/15 Radiothérapie</b> Révision générale des articles 18 et 19 NPS (ea brachythérapie prostatique, obligation de prescription pour PET-scan,...)	1.400.000 EUR
<b>11/16 Prestations techniques urgentes article 26 NPS</b> Suppression du supplément d'honoraires pour 475086 (ECG) et 212026 (cardiomonitoring de base) pendant l'hospitalisation	8.972.000 EUR
<b>11/17 Echographies article 17quater</b> Référencement sélectif par spécialité	1.500.000 EUR
<b>Total</b>	<b>24.062.000 EUR</b>

4.4.3. Compte tenu que les mesures structurelles visées qui doivent être réalisées via une adaptation de la nomenclature des prestations de santé ne pourront être prises que dans le courant de l'année, l'indexation de 1,40 % des prestations de biologie clinique et des prestations techniques ne sera accordée qu'à partir du 1<sup>er</sup> mai 2011 à la condition que la Commission nationale médico-mutualiste constate, au plus tard le 30 avril 2011, que les propositions de modification de nomenclature des prestations de santé relatives aux projets 11/11 à 11/17 ont été transmises au Comité de l'assurance des soins de santé, institué auprès du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, ou qu'elles soient élaborées de manière suffisante pour être transmises au Comité de l'assurance des soins de santé au plus tard le 30 juin 2011.

4.5. Une grande variabilité dans l'attestation de prestations d'urgence en milieu hospitalier est constatée. Dans le but de réduire ces différences difficilement justifiables, le Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité est prié d'initier une évaluation en collaboration avec les services médicaux des organismes assureurs dont les résultats seront communiqués à la Commission nationale médico-mutualiste pour le 30 juin 2011 afin que les mesures et corrections nécessaires puissent être prises et exécutées.

4.6. Trajets de soins (voir point 3.5).

4.7. Imagerie médicale et biologie clinique

4.7.1. Au niveau de l'imagerie médicale, l'élaboration du budget a été basée sur une économie de 45 millions d'euros à la suite de la décision gouvernementale prise pour l'année 2010.

Cet objectif sera réalisé de la manière suivante :

- l'actuariat de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité constate que, sur la base de la réestimation des dépenses d'imagerie médicale s'appuyant sur les données comptables des huit premiers mois de 2010, une diminution des dépenses de 22,4 millions d'euros peut être attendue pour 2011;

- une diminution du nombre de prescriptions à la suite de la campagne d'information de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité concernant l'imagerie médicale et les doses d'irradiation. L'effet de cette campagne est estimé à environ 15 millions d'euros;

- les mesures structurelles 11/09 et 11/10 mentionnées au point 4.4.1 et la mesure structurelle 11/17 mentionnée au point 4.4.2.

Vu l'incertitude concernant la poursuite de la baisse constatée et vu l'effet de la campagne d'information, les prestations d'imagerie médicale de 2011 ne seront indexées de 1,40 %, à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2011, que si la Commission nationale médico-mutualiste constate que les données du premier trimestre 2011 démontrent que l'objectif fixé sera atteint et que ce trend pourra être jugé stable.

Si l'effet estimé de la mesure devait se situer à un niveau plus élevé, des moyens financiers seront libérés pour le soutien de mesures visant la promotion de la qualité.

4.7.2. L'enveloppe pour l'imagerie médicale est fixée, pour l'année 2011, à un montant de 1.131.096 milliers d'euros, augmenté le cas échéant du montant de la masse d'index en application du point 4.7.1.

4.7.3. L'enveloppe pour la biologie clinique est fixée, pour l'année 2011, à un montant de 1.190.973 milliers d'euros tenant compte du point 4.4.3.

## 5. MESURES RELATIVES AUX ASSURES

5.1. Une simplification des tickets modérateurs est prévue pour les consultations de bénéficiaires auprès du médecin généraliste.

5.2. En concertation avec les représentants des médecins, les organismes assureurs lanceront les campagnes d'information nécessaires en vue de consolider le système du tiers payant social notamment dans le cadre du point 3.6. Ils prendront des initiatives afin d'informatiser les procédures administratives.

5.3. Les honoraires complémentaires pour les consultations du médecin généraliste durant la nuit, le week-end et les jours fériés seront intégralement remboursés.

5.4. Vers une simplification de la gestion du dossier médical global

Dans une perspective tendant à la simplification de la gestion du dossier médical global pour le médecin généraliste et les patients, la Commission nationale médico-mutualiste décide, en attendant l'introduction de MyCarenet, de régler l'intervention pour la gestion du dossier médical global, à partir de l'année de prolongation 2011, de la façon suivante :

5.4.1. Ouverture de la gestion du dossier médical global

L'actuelle réglementation de la nomenclature pour la prestation 102771 reste inchangée pour ce qui concerne l'ouverture du dossier médical global.

5.4.2. Prolongation de la gestion du dossier médical global

La prolongation de la gestion du dossier médical global est simplifiée tant au niveau administratif (à l'égard du médecin généraliste) qu'au niveau des conditions (à l'égard des assurés) de la manière suivante :

- l'organisme assureur paie pour chaque année de prolongation les honoraires pour la prolongation de la gestion du dossier médical global pour les médecins généralistes au plus tard le 30 septembre de l'année civile qui suit l'année de prolongation;

- la période de référence durant laquelle une consultation ou une visite doit être portée en compte à l'assuré par le médecin généraliste, comme condition de prolongation, est étendue d'une année;

- la possibilité d'attester la prolongation via le numéro de prestation 102771 est maintenue jusqu'au 30 juin 2011.

## 6. AUTRES INITIATIVES

6.1. Des participants aux négociations relatives au présent accord ont manifesté leurs préoccupations concernant le taux de conventionnement de certaines spécialités et dans certains arrondissements.

Pour obtenir une vue concrète relativement aux honoraires réellement appliqués, la Commission nationale médico-mutualiste souhaite entamer une concertation et préparer les mesures adéquates relativement à la transparence de l'information sur les montants dus mis à charge des patients aussi bien pour les patients hospitalisés que pour les patients ambulants.

6.2. Afin d'éviter le financement des groupes locaux d'évaluation médicale (GLEMs) par l'industrie pharmaceutique, la Commission nationale médico-mutualiste décide d'affecter un montant de 1.360 milliers d'euros au financement public des GLEMs. La Commission nationale médico-mutualiste attirera l'attention de l'industrie du médicament, via ses représentants, sur le caractère indésirable de la poursuite d'un financement de sa part.

## 7. STATUT SOCIAL

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

7.1. le montant du statut social pour l'année 2011 est fixé à 4.199,14 euros pour les médecins qui sont réputés de plein droit avoir adhéré au présent accord pour leur activité professionnelle complète;

7.2. le montant du statut social pour l'année 2011 est fixé à 2.065,28 euros pour les médecins qui ont, dans les trente jours qui suivent la publication de cet accord au *Moniteur belge*, communiqué à la Commission nationale médico-mutualiste les conditions de temps et de lieu selon lesquelles, conformément aux clauses dudit accord, et particulièrement aux dispositions du point 9, ils pourront ne pas appliquer les montants d'honoraires qui y sont fixés.

## 8. MESURES DE CORRECTION

Le présent accord est censé contenir les clauses prévues à l'article 51, § 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, et contient les mécanismes de correction suivants :

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

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

8.3. l'adaptation des mécanismes de remboursements dans le cas de prestations de santé 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;

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

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

Pour ce qui concerne les mesures d'économies prévues aux articles 18 et 40, § 1<sup>er</sup>, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 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 des Affaires sociales et la Commission nationale médico-mutualiste.

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

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

La Commission nationale médico-mutualiste 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.

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

9.2.1. les dispensateurs de soins conventionnés complets;

9.2.2. les dispensateurs de soins conventionnés partiels.

9.3. Médecins généralistes

9.3.1. Les dispensateurs de soins conventionnés complets

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

### 9.3.2. Les dispensateurs de soins conventionnés partiels

#### 9.3.2.1. Définition et tarifs applicables

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

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

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

Le médecin généraliste 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 :

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

9.3.2.2.2. et pour autant que le reste de sa pratique représente au moins les trois quart du total de sa pratique et soit effectué aux taux d'honoraires fixés conformément aux termes du présent accord, sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 9.3.3.

### 9.3.3. Exigences particulières du bénéficiaire

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

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

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

9.3.3.3. 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;

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

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

Conformément à l'article 8 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, le médecin doit informer le patient au préalable des conséquences financières de l'exigence particulière posée par ce dernier.

## 9.4. Médecins spécialistes

### 9.4.1. Les dispensateurs de soins 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 9.4.3., les taux d'honoraires et les indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués à l'ensemble de sa pratique.

### 9.4.2. Les dispensateurs de soins conventionnés partiels

#### 9.4.2.1. 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 au point 9.4.2.2.

Sauf, au maximum, durant les périodes et selon les conditions définies strictement au point 9.4.2.2, ou sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 9.4.3, les taux d'honoraires et les indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués à l'ensemble de sa pratique.

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

Le médecin spécialiste 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) :

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

9.4.2.2.2. 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 9.4.3, et à des heures qui conviennent normalement aux bénéficiaires de l'assurance soins de santé;

9.4.2.2.3. et pour autant que le médecin spécialiste assure, sur chacun des sites éventuels d'exercice de sa pratique, une plage d'accès pour des prestations aux patients 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 9.4.3.

### 9.4.3. Exigences particulières du bénéficiaire

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

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

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

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

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

Conformément à l'article 8 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, le médecin doit informer le patient au préalable des conséquences financières de l'exigence particulière posée par ce dernier.

9.5. 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 64.020,96 euros par ménage, augmentés de 2.133,26 euros par personne à charge, lorsqu'il n'y a qu'un seul titulaire;

soit 42.680,18 euros par titulaire, augmentés de 2.133,26 euros par personne à charge, lorsqu'il y a plusieurs titulaires.

9.6. Les contestations concernant le point 9 feront l'objet d'un arbitrage par un collège paritaire composé par la Commission nationale médico-mutualiste et présidé par un fonctionnaire de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

#### 9.7. 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, l'exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, 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.

### 10. CONCILIATION DE CONTESTATIONS

La Commission nationale médico-mutualiste est compétente pour concilier les contestations qui peuvent surgir à propos de l'interprétation ou de l'exécution des accords. Elle peut concilier des contestations quant à l'interprétation de la nomenclature des prestations de santé, après avoir pris l'avis du Conseil technique médical.

### 11. DUREE DE L'ACCORD

11.1. Le présent accord est conclu pour une période d'un an (soit du 1<sup>er</sup> janvier 2011 au 31 décembre 2011).

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

11.2.1. par une des parties :

11.2.1.1. dans les 30 jours suivant la publication au *Moniteur belge*, de mesures de corrections visées à l'article 50, § 8, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, ou dans les 30 jours après que le ministre des affaires sociales 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 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 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 desdites mesures de corrections.

11.2.1.2. Les dispositions du présent accord s'appliquent à toutes les prestations qui sont reprises à la nomenclature des prestations de santé le 31 décembre 2010. Si la nomenclature des prestations de santé ainsi décrite est modifiée unilatéralement par l'Autorité en 2011, l'accord n'est plus d'application pour les dispositions modifiées de la nomenclature des prestations de santé à partir de la date d'entrée en vigueur de cette modification, sauf si cette modification a obtenu l'approbation de la Commission nationale médico-mutualiste.

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

11.2.1.4. Toutefois, cette dénonciation ne peut sortir ses effets que si la partie qui dénonce confirme cette dénonciation devant la Commission nationale médico-mutualiste réuni d'urgence, selon les règles de quorum visées à l'article 50, § 2, alinéa 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

11.2.2. par un médecin :

11.2.2.1. dans les 30 jours suivant la publication au *Moniteur belge*, de mesures de corrections visées au § 8 de l'article 50 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, ou dans les 30 jours après que le ministre des affaires sociales 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 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 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 desdites mesures de corrections.

11.2.2.2. Les dispositions du présent accord s'appliquent à toutes les prestations qui sont reprises à la nomenclature des prestations de santé le 31 décembre 2010. Si la nomenclature des prestations de santé ainsi décrite est modifiée unilatéralement par l'Autorité en 2011, l'accord n'est plus d'application pour les dispositions modifiées de la nomenclature des prestations de santé à partir de la date d'entrée en vigueur de cette modification, sauf si cette modification a obtenu l'approbation de la Commission nationale médico-mutualiste.

### 12. FORMALITES

12.1. Les médecins qui refusent d'adhérer aux termes du présent accord notifient leur refus, dans les trente jours qui suivent la publication de cet accord au *Moniteur belge*, 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 Tervuren 211, à 1150 Bruxelles.

Cette lettre comportera les mentions suivantes :

Je soussigné,  
 Nom et prénom(s) : .....  
 Adresse complète : .....  
 Qualité :  
 Médecin de médecine générale/Médecin spécialiste en .....  
 (Biffer la mention inutile)  
 Numéro d'identification INAMI : .....  
 déclare refuser d'adhérer aux termes de l'Accord national médico-mutualiste conclu le 13 décembre 2010.  
 Date :  
 Signature :

12.2. Les médecins, autres que ceux qui ont notifié, conformément aux dispositions prévues au point 12.1, leur refus d'adhésion aux termes de l'accord conclu le 13 décembre 2010 à la Commission nationale médico-mutualiste, sont réputés d'office avoir adhéré à cet accord pour leur activité professionnelle complète, sauf s'ils ont, dans les trente jours qui suivent la publication de cet accord au *Moniteur belge*, communiqué les conditions de temps et de lieu dans lesquelles, conformément aux clauses dudit accord et particulièrement les points 9.3.2 et 9.4.2 ("conventionnement partiel") :

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

12.2.2. 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 Commission nationale médico-mutualiste, et ce à l'adresse mentionnée sous le point 12.1. La lettre comportera les mentions suivantes :

12.2.2.1. pour les médecins généralistes :

Je soussigné,  
 Nom et prénom(s) : .....  
 Adresse complète : .....  
 .....  
 Numéro d'identification INAMI : .....  
 déclare exercer mon activité professionnelle conformément aux clauses de l'Accord national médico-mutualiste, conclu le 13 décembre 2010, dans les conditions de temps et de lieu suivantes :

a) consultations, rendez-vous et prestations au cabinet, en dehors des termes de l'accord, d'un maximum de trois fois par semaine par plage de maximum quatre heures continues (point 9.3.2.2 "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 :

## 12.2.2.2. pour les médecins spécialistes :

Je soussigné,

Nom et prénom(s) : .....

Adresse complète : .....

Médecin spécialiste en .....

Numéro d'identification INAMI : .....

déclare exercer mon activité professionnelle conformément aux clauses de l'Accord national médico-mutualiste, conclu le 13 décembre 2010, 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 9.4.2.2 "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 :

12.3. Tous changements ultérieurs des conditions de temps et de lieu dans lesquelles, conformément aux clauses de l'accord, les médecins visés sous le point 12.2 appliqueront les montants d'honoraires qui y sont fixés, peuvent être appliqués soit après un préavis de trente jours soit, sans préavis, après affichage de ces changements dans leur cabinet de consultation.

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

12.4. 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'Institut national d'assurance maladie-invalidité (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 9 pour le conventionnement partiel.

Bruxelles, le 13 décembre 2010 et signé le 16 décembre 2010.

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

Les représentants du banc des organismes assureurs,



## Annexe au point 3.6 de l'Accord national médico-mutualiste 2011

**Procédure administrative pour l'application du tiers payant social lors de la consultation du médecin généraliste**

La procédure administrative pour appliquer le tiers payant comporte trois étapes :

- l'identification du droit;
- les documents à remplir et à communiquer;
- les modalités de paiement et le suivi.

## 1. L'identification du droit

Pour savoir si un patient a droit au tiers payant social, trois moyens d'identification sont possibles :

- 1° la vignette dont le code titulaire se termine par "1";
- 2° une attestation de la mutualité mentionnant le droit au tiers payant;
- 3° la carte SIS mentionnant une des qualités donnant droit au tiers payant.

## 2. Les documents à remplir et à communiquer

- Les 7 Unions de mutualités fourniront aux médecins des étiquettes reprenant une adresse d'envoi locale (la mutualité régionale) unique par Union. Cette étiquette sera à coller sur l'enveloppe regroupant les attestations de soins relatives à chaque Union.

- Les attestations de soins seront regroupées par union mutualiste au sein d'une même enveloppe en y joignant une feuille sur laquelle seront mentionnés :

- ✓ le nombre d'attestations de soins;
- ✓ le numéro de compte financier pour le versement;
- ✓ l'identification du médecin,
- ✓ les date et signature.

- Plusieurs envois par mois sont possibles.

- L'enveloppe peut être envoyée par la poste ou déposée dans une boîte mutualiste.

## 3. Les modalités de paiement et suivi

- Le patient paie au médecin le ticket modérateur "simplifié".

- Le paiement est effectué par la mutualité au médecin au plus tard dans les 30 jours de la date de réception des attestations.

- Si le droit repris sur le document produit par le patient était incorrect, le paiement reste garanti. La mutualité régularisera auprès du patient.

- Chaque union communiquera au médecin un numéro régional de contact téléphonique unique pour toute demande de renseignement.

- Chaque union s'engage à fournir au médecin les informations relatives au suivi des paiements.

Remarque : les organismes assureurs s'engagent à communiquer pour le 30 juin 2011 à la Commission nationale médico-mutualiste les résultats de leur étude relativement à l'application de la procédure ci-avant décrite aux autres situations permettant le recours au système du tiers payant.

Entretemps, les attestations relatives à ces prestations peuvent être introduites auprès des organismes assureurs de la même manière que celle prévue au 2.

**FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID**

[C - 2010/22524]

**13 DECEMBER 2010. — Nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen 2011**

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 onder het voorzitterschap van de heer Johan DE COCK op 13 december 2010 het volgende akkoord gesloten :

## 1. CONTEXT

De Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen is zich bewust van het belang om in de huidige politieke, economische en budgettaire context de tariefzekerheid van patiënten te vrijwaren en waar mogelijk te verstevigen. Zij wenst via overleg de noodzakelijke maatregelen te nemen die bijdragen tot een zorgvuldig gebruik van de middelen van de verzekering geneeskundige verzorging. De tariefaanpassingen en nieuwe initiatieven worden voor 2011 strikt beperkt.

## 2. PARTIELE BEGROTINGSDOELSTELLING 2011

De Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen neemt kennis van het bedrag van de partiële begrotingsdoelstelling 2011 dat door de Algemene Raad van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, op 18 oktober 2010, werd vastgesteld op 7.113.974 duizend euro. Hierbij werd enerzijds rekening gehouden met een indexmassa van 98.635 duizend euro, hetgeen overeenstemt met een aanpassing van 1,40 %, en, anderzijds, met een te realiseren besparing in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen van de geneesheren - specialisten met een weerslag van 30 miljoen euro in 2011. Deze besparing stemt overeen met 0,52 % van de betrokken honorariummassa.

De partiële begrotingsdoelstelling van 2011 vertoont een stijging van 3,59 % ten opzichte van de begrotingsdoelstelling 2010.

## 3. MAATREGELEN MET BETREKKING TOT DE HUISARTSEN

3.1. De honoraria en het accrediteringsforfait van de huisartsen, zoals ze waren vastgesteld op 31 december 2010 worden lineair geïndexeerd met 1,40 % op 1 januari 2011 (impact : 18,406 miljoen euro).

3.2. De Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen neemt kennis van het voorstel van de Minister van Sociale Zaken om de ontwerpbesluiten met betrekking tot de invoering van het bijkomende honorarium voor het beheer door de erkende huisarts van het globaal medisch dossier (zog. GMD+ met preventiemodule) voor 31 december 2010 door de Ministerraad te laten goedkeuren zodat deze maatregel op 1 april 2011 in werking kan treden.

3.3. De Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen dringt aan op een spoedige goedkeuring door de Regering van het ontwerp van besluit dat het Verzekeringscomité op 29 november 2010 heeft goedgekeurd in verband met Impulseo III. Dit ontwerpbesluit voorziet in de uitvoering van punt 8.2.2. van het Nationaal Akkoord van 17 december 2008, dat een financiële tegemoetkoming voorziet voor individuele artsen — al dan niet verbonden met een samenwerkingsakkoord — in de loonlast van bedienden die deze artsen bijstaan in de administratieve organisatie en het onthaal in hun praktijk.

3.4. De Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen is er meer dan ooit van overtuigd dat een geïntegreerd beleid met betrekking tot huisartsenwachtdiensten en huisartsenwachtposten moet worden gevoerd ten einde in het licht van de sociologische ontwikkelingen binnen de beroepsgroep een optimale continuïteit van zorgen te kunnen waarborgen in de eerste lijn.

Hiertoe worden in 2011 volgende voorstellen door de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen uitgewerkt :

3.4.1. aanpassing en vereenvoudiging van de procedure voor het afsluiten van overeenkomsten inzake huisartsenwachtposten;

3.4.2. verankering van de financiering in een structureel kader in plaats van in experimenteel verband;

3.4.3. precisering van de financieringsvoorwaarden rekening houdend met volgende basisregels :

3.4.3.1. de huisartsenwachtposten realiseren een minimumdienstverlening via openingsuren tijdens de daguren van de weekends en de wettelijke feestdagen;

3.4.3.2. bij de organisatie en de financiering van het vervoer van de wachtdoende huisartsen zal rekening gehouden worden met de arbeidsbelasting en de verplaatsingsduur in hoofde van de huisartsen, de veiligheid en de kostenstructuur;

3.4.3.3. elke overeenkomst bevat een gedetailleerd meerjaren actieplan om de doelstellingen en de werking van de huisartsenwachtpost kenbaar te maken bij de bevolking, met inbegrip van een methode om de bekendheid van de huisartsenwachtpost te meten : op basis van het jaarlijks activiteitenverslag kan de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen richtlijnen verschaffen en/of financiële incentives moduleren;

3.4.3.4. bij de individuele toepassing van deze basisprincipes kan de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen gedurende een periode van twee jaar rekening houden met het feit dat de werking van de huisartsenwachtpost zich in de opstartfase bevindt;

3.4.4. aanmoediging tot systematische toepassing van de derdebetalersregeling in het kader van de wachtposten;

3.4.5. verhoging van het budget tot 9,884 miljoen euro (+ 3 miljoen euro) voor het uitbreiden van het aantal huisartsenwachtposten en voor het financieren van een aantal gelijkaardige oplossingen, via overeenkomst met het Verzekeringscomité, op voorstel van de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen;

3.4.6. periodieke opvolging en evaluatie door een stuurgroep aangeduid door de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen van de betrokken maatregelen.

3.5. De Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen zal in de loop van 2011 een eerste evaluatie houden van het gebruik van de zorgtrajecten.

Indien nodig zullen bijkomende middelen ter bevordering en ondersteuning van de ontwikkeling van de zorgtrajecten worden vrijgemaakt.

3.6. De huisartsen die toetreden verbinden er zich toe in de regel de sociale derdebetalersregeling toe te passen voor alle verstrekkingen inzake raadplegingen, en dit op vraag van de patiënt en volgens de modaliteiten vastgesteld door de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen (zie bijlage).

Bij een vermoeden van misbruik, onregelmatigheden in hoofde van de patiënt of bij vermoeden dat de werkelijke situatie van de patiënt niet overeenstemt met de hierboven gestelde voorwaarden, kan evenwel de toepassing worden geweigerd.

De toepassing van deze regeling zal worden geëvalueerd na één jaar op basis van eventuele bevindingen zowel bij de artsen als bij de verzekeringsinstellingen.

3.7. De jaarlijkse tegemoetkoming ter ondersteuning van de huisartsenpraktijk, 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 2011 1.500 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 éénmaal een beschikbaarheidshonorarium werd toegekend of met melding van de inschrijving in de wachtdienst aan het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. 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.

3.8. De maatregelen bedoeld in de punten 11.1.1. en 11.1.2. van het akkoord 2008 met betrekking tot permanentie en beschikbaarheid van de huisartsen worden in 2011 verlengd en verhoogd tot 3 euro.

#### 4. MAATREGELEN MET BETREKKING TOT DE GENEESHEREN-SPECIALISTEN

4.1. De honoraria en het accrediteringsforfait van de geneesheren-specialisten, zoals ze werden vastgesteld op 31 december 2010, worden geïndexeerd met 1,40 % op 1 januari 2011 voor wat betreft volgende rubrieken van de nomenclatuur van geneeskundige verzorging (impact : 15,687 miljoen euro) : alle verstrekkingen van artikel 2 voorbehouden voor geneesheren-specialisten; alle verstrekkingen van artikel 3 voorbehouden voor geneesheren-specialisten met uitzondering van de klinische biologie; alle gynaecologische verstrekkingen van artikel 9, *b*) en *c*), artikel 14, *g*); alle verstrekkingen van artikel 25.

Die indexering van de overige verstrekkingen geschiedt overeenkomstig de modaliteiten voorzien in punt 4.4 en 4.7.

4.2. De Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen neemt kennis van de mededeling van de Minister van Sociale Zaken waarin wordt gesteld dat de Raad van State voor 30 december 2010 een advies zal uitbrengen met betrekking tot het ontwerp van besluit inzake de forfaitaire honoraria van de geneesheer-specialisten in de pediatrie met het oog op het stimuleren van hun aanwezigheid in het ziekenhuis alsook van het engagement om het besluit vervolgens zo snel als mogelijk te publiceren.

4.3. De Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen beslist om in 2011 een eerste stap te zetten met betrekking tot de herinvoering van de verstrekkingen aangeduid met de rangnummers 590833 en 590855.

In 2011 zal de verstrekking aangeduid met het rangnummer 590833 worden vergoed ten belope van C 2. De verstrekking aangeduid met het rangnummer 590855 zal worden opgewaardeerd tot C 5 (impact : 8,276 miljoen euro).

## 4.4. Inzake de speciale verstrekkingen worden in 2011 volgende maatregelen genomen :

## 4.4.1. via aanpassing van de sleutelletter (in afwachting van de technische aanpassing van de nomenclatuur) :

Structurele maatregelen	Bedrag
<b>11/01 Neurologie, psychiatrie, neuropsychiatrie</b> Herziening nomenclatuur inzake evoked potentials en event related potentials	2.000.000 EUR
<b>11/02 Plastische chirurgie/ORL</b> Afwaardering verstrekkingen "correctieheelkunde op het oor" : betreft verstrekkingen 253551 tot 253606 in de plastische heelkunde betreft verstrekkingen 258156 tot 258204 in ORL	500.000 EUR
<b>11/03 Dermatologie</b> Vermindering honorarium voor 532630-532641 : -5,06 euro Vermindering honorarium voor 532652-532663 : -3,29 euro	1.750.000 EUR
<b>11/04 Speciale verstrekkingen</b> Vermindering honorarium voor 353231-353242 : - 4 euro	755.000 EUR
<b>11/05 Plastische chirurgie</b> Gelijkschakeling 251731-251742 met 532674-532685	216.000 EUR
<b>11/06 Pneumologie</b> Vermindering codenummers 471376 en 471380	3.658.000 EUR
<b>11/07 Neuropsychiatrie</b> Verstrekking 477234-477245 schrappen	1.363.000 EUR
<b>11/08 ORL</b> Vermindering tympanoscopie	2.529.000 EUR
<b>11/09 Medische beeldvorming : Echografieën artikelen 17bis en 17quater</b> Vermindering 3 % artikel 17bis Vermindering 3 % artikel 17quater	2.669.000 EUR 4.747.000 EUR
<b>11/10 Medische beeldvorming : Coronarografieën artikelen 17 en 17ter</b>	1.084.000 EUR
<b>Totaal</b>	<b>21.721.000 EUR</b>

## 4.4.2. via aanpassing van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen volgens de hierna vermelde tabel of maatregelen met een gelijkwaardige impact voor dezelfde groepen zorgverleners :

Structurele maatregelen	Bedrag
<b>11/11 Medische beeldvorming</b> Cone Beam CT	4.000.000 EUR
<b>11/12 Operatieve hulp</b> Opheffen van aanrekening operatieve hulp voor percutane interventionele verstrekkingen	3.295.000 EUR
<b>11/13 Toezichtshonoraria volwassen patiënten</b> Verbod cumul toezichtshonorarium van de dag van opname met de urgentieverstrekkingen bedoeld in artikel 25, § 3bis, voor volwassen patiënten	1.500.000 EUR
<b>11/14 Cardiologie</b> Invoeren jaarlijks forfaitair honorarium voor opvolgingscontroles pacemakers en implanteerbare defibrillatoren	3.395.000 EUR
<b>11/15 Radiotherapie</b> Algemene herziening art. 18 en 19 NGV (oa brachytherapie prostaat, voorschriftplicht voor PET-scan, ...)	1.400.000 EUR
<b>11/16 Dringende technische verstrekkingen artikel 26 NGV</b> Afschaffen van bijkomend honorarium voor 475086 (EKG) en 212026 (basic cardiomonitring) in hospitalisatie	8.972.000 EUR
<b>11/17 Echografieën artikel 17quater</b> Selectieve toewijzing per specialisme	1.500.000 EUR
<b>Totaal</b>	<b>24.062.000 EUR</b>

4.4.3. Aangezien de betrokken structurele maatregelen die via een aanpassing van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen moeten worden gerealiseerd slechts in de loop van het jaar kunnen worden genomen, wordt de indexering van de verstrekkingen klinische biologie en technische verstrekkingen met 1,40 % slechts toegekend vanaf 1 mei 2011 op voorwaarde dat de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen ten laatste op 30 april 2011 vaststelt dat de voorstellen tot wijziging van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen met betrekking tot de projecten 11/11 tot 11/17 werden doorgestuurd naar het Verzekeringscomité of dat ze in voldoende mate zijn ontwikkeld om ten laatste op 30 juni 2011 aan het Verzekeringscomité te worden doorgestuurd.

4.5. Een grote variabiliteit bij de aanrekening van urgentieverstrekkingen in de ziekenhuizen wordt vastgesteld. Ten einde deze moeilijk te rechtvaardigen verschillen terug te dringen wordt de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering verzocht om in samenwerking met de medische diensten van de verzekeringsinstellingen een evaluatieonderzoek in te stellen waarvan de resultaten voor 30 juni 2011 aan de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen zullen worden meegedeeld zodat de noodzakelijke maatregelen en bijsturingen kunnen worden genomen.

4.6. Zorgtrajecten (zie punt 3.5).

4.7. Medische beeldvorming en klinische biologie

4.7.1. Op het vlak van de medische beeldvorming werd bij de opstelling van de begroting uitgegaan van een besparing ten belope van 45 miljoen euro ingevolge de regeringsbeslissing voor het jaar 2010.

Dit objectief zal op de volgende wijze worden gerealiseerd :

- het actuaariaat van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering stelt vast dat op basis van de herringaming van de uitgaven medische beeldvorming op basis van de geboekte gegevens van de eerste 8 maanden van 2010 voor 2011 een minder-uitgave van 22,4 miljoen euro kan worden verwacht;

- een daling van het aantal voorschriften ten gevolge van de informatiecampagne van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering met betrekking tot medische beeldvorming en stralingsbelasting. Het effect van deze campagne wordt op circa 15 miljoen euro geschat;

- de structurele maatregelen 11/09 en 11/10 vermeld in punt 4.4.1 en de structurele maatregel 11/17 vermeld in punt 4.4.2.

Gelet op de onzekerheid over de verderzetting van de vastgestelde daling en het effect van de informatiecampagne worden de verstrekkingen inzake medische beeldvorming in 2011 slechts vanaf 1 juli 2011 met 1,40 % geïndexeerd, indien de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen op basis van de gegevens over het eerste trimester 2011 vaststelt dat de vooropgestelde doelstelling zal worden bereikt en dat die trend als stabiel kan worden beschouwd.

Indien het geraamde effect van de maatregel hoger zou liggen zullen financiële middelen worden vrijgemaakt voor de ondersteuning van kwaliteitsbevorderende maatregelen.

4.7.2. De enveloppe medische beeldvorming wordt voor het jaar 2011 vastgelegd op het bedrag van 1.131.096 duizend euro desgevallend te verhogen met het bedrag van de indexmassa in toepassing van 4.7.1.

4.7.3. De enveloppe klinische biologie wordt voor het jaar 2011 vastgelegd op het bedrag van 1.190.973 duizend euro, rekening houdend met punt 4.4.3.

## 5. MAATREGELEN MET BETREKKING TOT DE VERZEKERDEN

5.1. Een vereenvoudiging van de remgelden toepasselijk bij raadplegingen van rechthebbenden bij de huisarts wordt doorgevoerd.

5.2. De verzekeringsinstellingen zullen, in overleg met de vertegenwoordigers van de artsen, de nodige informatiecampagnes opzetten met het oog op de versterking van de sociale derdebetalersregeling, meer bepaald in het kader van punt 3.6. Ze zullen initiatieven nemen om een informatisering van de administratieve procedures tot stand te brengen.

5.3. De bijkomende honoraria voor de raadplegingen van de huisarts tijdens de nacht, het weekend en op feestdagen zullen volledig worden terugbetaald.

5.4. Naar een vereenvoudiging van het beheer van het globaal medisch dossier

In een streven naar een vereenvoudiging van het beheer van het globaal medisch dossier voor de huisarts en de patiënten, beslist de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen de tegemoetkoming in het beheer van het globaal medisch dossier met toepassing vanaf het verlengingsjaar 2011 in afwachting van de invoering van MyCaret als volgt te regelen.

5.4.1. Openen van het beheer van het globaal medisch dossier

De huidige nomenclatuurregeling voor de prestatie 102771 blijft ongewijzigd wat betreft de opening van het globaal medisch dossier.

5.4.2. Verlengen van het beheer van het globaal medisch dossier

Het verlengen van het beheer van het globaal medisch dossier wordt zowel administratief (in hoofde van de huisarts) als qua voorwaarden (in hoofde van de rechthebbende) als volgt vereenvoudigd :

- de verzekeringsinstelling betaalt voor elk verlengingsjaar het honorarium voor de verlenging van het beheer van het globaal medisch dossier aan de huisarts ten laatste op 30 september van het kalenderjaar na het verlengingsjaar;

- de referentieperiode binnen dewelke door de huisarts aan de rechthebbende een raadpleging of een huisbezoek moet worden aangerekend als verlengingsvoorwaarde, wordt uitgebreid met één jaar;

- de mogelijkheid tot attestering van de verlenging via prestatienummer 102771 wordt behouden tot 30 juni 2011.

## 6. ANDERE INITIATIEVEN

6.1. Bij de besprekingen van dit akkoord werden bezorgdheden geformuleerd in verband met de conventiegraad bij een aantal specialismen en in een aantal arrondissementen.

Om een concreet inzicht in de reële toegepaste honoraria te verwerven wenst de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen een overleg op te starten en de passende maatregelen voor te bereiden inzake transparantie van de informatie over de verschuldigde bedragen ten laste van patiënten zowel voor de gehospitaliseerde als voor de ambulante patiënten.

6.2. Teneinde de financiering van de lokale kwaliteitsgroepen (LOK's) door de farmaceutische industrie te vermijden, beslist de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen om een bedrag van 1.360 duizend euro toe te wijzen aan de overheidsfinanciering van de lokale kwaliteitsgroepen. De Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen zal de aandacht trekken van de geneesmiddelenindustrie, via haar vertegenwoordigers, op het ongewenst karakter van het najagen van een financiering van hun zijde.

## 7. SOCIAAL STATUUT

Met het oog op het vergroten van de aantrekkingskracht van de toetreding tot het akkoord adviseert de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen dat :

7.1 het bedrag van het sociaal statuut voor het jaar 2011 wordt vastgesteld op 4.199,14 euro voor de geneesheren die van rechtswege geacht worden tot onderhavig akkoord te zijn toegetreden voor hun volledige beroepsactiviteit;

7.2 het bedrag van het sociaal statuut voor het jaar 2011 wordt vastgesteld op 2.065,28 euro voor de geneesheren die binnen de dertig dagen na de bekendmaking van dit akkoord in het *Belgisch Staatsblad* aan de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen de voorwaarden inzake tijd en plaats hebben meegegeed waaronder zij overeenkomstig de bedingen van dit akkoord en meer bepaald voor de bepalingen van punt 9, de honorariumbedragen die hiervoor zijn vastgesteld niet kunnen toepassen.

## 8. CORRECTIEMAATREGELEN

Het onderhavige akkoord wordt geacht de bepalingen te bevatten voorzien in artikel 51, § 2, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, en bevat de volgende correctiemaatregelen :

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

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

8.3. 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;

8.4. 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;

8.5. en/of evenredige selectieve vermindering van de honoraria voor bepaalde diagnostische verstrekkingen die nader zullen worden gepreciseerd door de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen op het moment waarop het nodig is correctiemaatregelen te nemen.

Wat betreft de besparingsmaatregelen bedoeld in de artikelen 18 en 40, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 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 van Sociale Zaken en de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen.

## 9. TOEPASSINGSVOORWAARDEN VAN HET AKKOORD

9.1. 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 Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen 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.

9.2. 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 :

9.2.1. De volledig geconventioneerde zorgverleners,

9.2.2. De gedeeltelijk geconventioneerde zorgverleners.

### 9.3. Huisartsen

9.3.1. De volledig geconventioneerde zorgverleners

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

9.3.2. De gedeeltelijk geconventioneerde zorgverleners

9.3.2.1. Definitie en toe te passen tarieven

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

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

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

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

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

9.3.2.2.2. en wanneer de rest van zijn praktijk minstens drie vierden van het totaal van zijn praktijk vertegenwoordigt en wordt verricht tegen de honorariumbedragen die zijn vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, behalve wanneer de rechthebbende bijzondere eisen stelt die strikt zijn bepaald in punt 9.3.3.

9.3.3. 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 :

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

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

9.3.3.3. 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;

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

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

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

#### 9.4. Geneesheren-specialisten

##### 9.4.1. 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 9.4.3, de honorariumbedragen en de reisvergoedingen, vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, op zijn hele praktijk worden toegepast.

##### 9.4.2. De gedeeltelijk geconventioneerde zorgverleners

###### 9.4.2.1. 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 zijn in de punten 9.4.2.2 zijn bepaald.

Behalve tijdens de periodes en overeenkomstig de voorwaarden die strikt zijn bepaald in de punten 9.4.2.2, of behalve wanneer de rechthebbende bijzondere eisen stelt die strikt zijn bepaald in punt 9.4.3, worden de honorariumbedragen en de reisvergoedingen, vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, op zijn hele praktijk toegepast.

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

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

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

9.4.2.2.2. 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 9.4.3, en op uren die normaal gezien schikken voor de rechthebbenden van de verzekering voor geneeskundige verzorging;

9.4.2.2.3. 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 9.4.3.

##### 9.4.3. 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 :

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

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

9.4.3.3. 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.

Afgesproken 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.

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

9.5. 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 overschrijft van :

64.020,96 euro per gezin, vermeerderd met 2.133,26 euro per persoon ten laste, als er slechts één gerechtigde is;

of 42.680,18 euro per gerechtigde, vermeerderd met 2.133,26 euro per persoon ten laste, als er meerdere gerechtigden zijn.

9.6. De betwistingen met betrekking tot punt 9 zullen onder de arbitrage van een paritair comité worden geplaatst dat wordt samengesteld door de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen en wordt voorgezeten door een ambtenaar van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering.

##### 9.7. 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 de uitvoering te geven aan de ZIV-wet 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 toetreden en van de periodes van toetreding of gedeeltelijke toetreding.

#### 10. GESCHILLENBEMIDDELING

De Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen is bevoegd voor de bemiddeling van de geschillen die zich kunnen voordoen naar aanleiding van de interpretatie of de uitvoering van de akkoorden. Ze kan in de geschillen inzake de interpretatie van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen bemiddelen nadat ze het advies van de Technische Geneeskundige Raad heeft ingewonnen.

#### 11. DUUR VAN HET AKKOORD

11.1. Dit akkoord wordt voor een periode van één jaar gesloten (namelijk van 1 januari 2011 tot 31 december 2011).

11.2. Het akkoord kan worden opgezegd met een ter post aangetekende brief die aan de voorzitter van de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen is gericht :

11.2.1. door één van de partijen :

11.2.1.1. binnen de 30 dagen na de bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad* van correctiemaatregelen zoals bedoeld in artikel 50, § 8, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, of binnen de 30 dagen nadat de minister van Sociale Zaken 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 wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 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.

11.2.1.2. De bepalingen van dit akkoord zijn van toepassing op alle verstrekkingen die op 31 december 2010 in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen zijn vermeld. Wanneer de aldus omschreven nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen door de overheid eenzijdig gewijzigd wordt in 2011, is het akkoord vanaf de inwerkingtreding van deze wijziging niet meer van toepassing op de gewijzigde bepalingen van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, tenzij deze wijziging de goedkeuring heeft gekregen van de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen.

11.2.1.3. Een partij is geldig vertegenwoordigd als ze ten minste 7 van de leden die haar vertegenwoordigen in de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen, verenigt.

11.2.1.4. Die opzegging kan evenwel slechts in werking treden als de opzeggende partij die opzegging bevestigt voor de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen die in spoedvergadering is bijengeroepen, overeenkomstig de quorumregels bedoeld in artikel 50, § 2, vierde lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

11.2.2. door een geneesheer :

11.2.2.1. binnen de 30 dagen na de bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad* van correctiemaatregelen zoals bedoeld in artikel 50, § 8, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, of binnen de 30 dagen nadat de minister van Sociale zaken op grond van artikel 18 van voornoemde 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 wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 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.

11.2.2.2. De bepalingen van dit akkoord zijn van toepassing op alle verstrekkingen die op 31 december 2010 in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen zijn vermeld. Wanneer de aldus omschreven nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen door de overheid eenzijdig gewijzigd wordt in 2011, is het akkoord vanaf de inwerkingtreding van deze wijziging niet meer van toepassing op de gewijzigde bepalingen van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, tenzij deze wijziging de goedkeuring heeft gekregen van de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen.

## 12. FORMALITEITEN

12.1. De geneesheren die weigeren toe te treden tot de bedingen van dit akkoord, geven kennis van hun weigering binnen de 30 dagen na de bekendmaking van dit akkoord in het *Belgisch Staatsblad*, met een ter post aangetekende brief, gericht aan de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen, waarvan de zetel gevestigd is 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 voornamen : .....  
 Volledig adres : .....  
 Hoedanigheid :  
 Algemeen geneeskundige/geneesheer-specialist voor .....  
 (doorhalen wat niet past)  
 RIZIV-identificatienummer : .....  
 verklaar dat ik weiger toe te treden tot de bedingen van het op 13 december 2010 gesloten Nationaal Akkoord Geneesheren-Ziekenfondsen.  
 Datum :  
 Handtekening :

12.2. De andere geneesheren dan die welke, overeenkomstig de bepalingen die zijn vermeld onder 12.1, kennis hebben gegeven van hun weigering tot toetreding tot de bedingen van het akkoord dat op 13 december 2010 in de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen is gesloten, worden ambtshalve geacht tot dit akkoord te zijn toegetroten voor hun volledige beroepsactiviteit, behalve als zij, binnen de 30 dagen na de bekendmaking van dit akkoord in het *Belgisch Staatsblad*, de voorwaarden inzake tijd en plaats hebben meegedeeld waaronder zij, overeenkomstig de bedingen van dit akkoord en meer bepaald de punten 9.3.2 en 9.4.2 ("gedeeltelijk geconventioneerde") :

12.2.1. de honorariumbedragen zullen toepassen die daarin zijn vastgesteld;

12.2.2. de honorariumbedragen niet zullen kunnen toepassen die daarin zijn vastgesteld.

Die mededeling moet worden gedaan met een ter post aangetekende brief, gericht aan de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen op het onder 12.1 vermelde adres. In de brief moet het volgende staan :

12.2.2.1. voor de huisartsen :

Ik, ondergetekende,

Naam en voornamen : .....

Volledig adres : .....

RIZIV-identificatienummer : .....

verklaar mijn beroepsactiviteit, uitgeoefend overeenkomstig de bedingen van het op 13 december 2010 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 tijdvak van maximum 4 ononderbroken uren (punt 9.3.2.2 "Periodes en voorwaarden van de gedeeltelijke toetreding tot het akkoord") :

Dagen	Plaats	Uren

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

Dagen	Plaats	Uren

Datum :

Handtekening :



## 12.2.2.2. Voor de geneesheren-specialisten :

Ik, ondergetekende,

Naam en voornamen : .....

Volledig adres : .....

Geneesheer-specialist voor .....

RIZIV-identificatienummer : .....

verklaar mijn beroepsactiviteit, uitgeoefend overeenkomstig de bedingen van het op 13 december 2010 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 tijdvak van maximum 4 ononderbroken uren (punt 9.4.2.2 "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 worden verricht overeenkomstig de bepalingen van het akkoord.

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

Dagen	Plaats	Uren

Datum :

Handtekening :

12.3. Alle latere wijzigingen van de voorwaarden inzake tijd en plaats waaronder de onder 12.2 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 praktiserende artsen worden meegedeeld aan het secretariaat van de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen ofwel onverwijld, van bij de toepassing ervan, als ze worden toegepast na aanplakking en zonder opzegging, ofwel dertig dagen vóór de toepassing ervan, waarbij de datum van de mededeling ervan de aanvang van de in het eerste lid bedoelde opzeggingstermijn is.

12.4. 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 hun is overgemaakt door de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (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 toegetreden 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 9 betreffende de gedeeltelijke conventionering.

Brussel, 13 december 2010 en ondertekend op 16 december 2010.

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

De vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen,

Bijlage aan punt 3.6 van het Nationaal Akkoord Geneesheren-Ziekenfondsen 2011  
**Administratieve procedure voor de toepassing van de sociale derdebetalersregeling  
 bij de raadpleging van een huisarts**

De administratieve procedure voor de toepassing van de derdebetalersregeling omvat drie stappen :

- nagaan van het recht;
- invullen en doorsturen van de documenten;
- regels voor de betaling en de follow-up.

**1. Nagaan van het recht**

Er kan op drie manieren worden nagegaan of de patiënt recht heeft op de sociale derdebetalersregeling :

- 1° een kleefbriefje waarvan de code gerechtigde op "1" eindigt;
- 2° een attest van het ziekenfonds waarop het recht op de derdebetalersregeling is vermeld;
- 3° een SIS-kaart waarop een van de hoedanigheden is vermeld die recht geven op de derdebetalersregeling.

**2. Invullen en doorsturen van de documenten**

- De 7 Landsbonden van de ziekenfondsen moeten de artsen etiketten bezorgen met een uniek verzendadres (het regionaal verbond) van elke Landsbond. Dat etiket moet worden geplakt op de envelop met alle getuigschriften voor verstrekte hulp van elke Landsbond.

- Alle getuigschriften voor verstrekte hulp van een zelfde verbond moeten in één envelop worden verstuurd; daarbij moet een blad worden gevoegd met de volgende vermeldingen :

- ✓ het aantal getuigschriften voor verstrekte hulp;
- ✓ het financiële rekeningnummer voor de betaling;
- ✓ de identificatie van de arts;
- ✓ datum en handtekening.

- Per maand zijn verschillende zendingen mogelijk.

- De envelop kan per post worden verstuurd of in de brievenbus van een ziekenfonds worden gestoken.

**3. Regels voor de betaling en de follow-up**

- De patiënt betaalt de arts het "vereenvoudigd" remgeld.

- Het ziekenfonds voert de betaling uit aan de geneesheer binnen een termijn van 30 dagen, te rekenen vanaf de datum van ontvangst van de getuigschriften.

- Indien het recht op het door de patiënt voorgelegd document onterecht is, blijft de betaling gegarandeerd. Het ziekenfonds zal dit bij de patiënt in orde brengen.

- Elke landsbond moet aan de geneesheer een regionaal en uniek contactnummer meedelen waarop hij inlichtingen kan inwinnen.

- Elke landsbond verbindt zich ertoe om de arts informatie te verstrekken betreffende de follow-up van de betalingen.

**Opmerking :**

**De Verzekeringsinstellingen zullen tegen 30 juni 2011 de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen de resultaten meedelen van hun onderzoek omtrent de toepassing van bovenstaande procedure tot de andere situaties waarin beroep kan gedaan worden op de derdebetalersregeling.**

Ondertussen kunnen de attesten voor deze verstrekkingen bij de verzekeringsinstellingen op dezelfde wijze worden ingediend als voorzien in 2.

SERVICE PUBLIC FEDERAL JUSTICE

[2010/10043]

**Loi du 15 mai 1987  
 relative aux noms et prénoms. — Publication**

Par arrêté royal du 14 décembre 2010, M. Van Impe, Faker, né à Gand le 13 juillet 1987, demeurant à Schaarbeek, a été autorisé, sauf opposition en temps utile sur laquelle il sera statué, à substituer à son nom patronymique celui de « Bou Qantar », après l'expiration du délai de 60 jours à compter de la présente insertion.

FEDERALE OVERHEIDSDIENST JUSTITIE

[2010/10043]

**Wet van 15 mei 1987  
 betreffende de namen en voornamen. — Bekendmaking**

Bij koninklijk besluit van 14 december 2010 is machtiging verleend aan de heer Van Impe, Faker, geboren te Gent op 13 juli 1987, wonende te Schaarbeek, om, behoudens tijdig verzet waarover zal beslist worden, zijn geslachtsnaam in die van « Bou Qantar » te veranderen, na afloop van 60 dagen te rekenen van deze bekendmaking.