

**SERVICE PUBLIC FEDERAL EMPLOI,
TRAVAIL ET CONCERTATION SOCIALE**

[2013/200088]

Juridictions du travail. — Avis aux organisations représentatives. — Place vacante d'un conseiller social effectif au titre d'employeur à la cour du travail de Mons en remplacement de M. Philippe Évrard

Les organisations représentatives intéressées sont invitées à présenter les candidatures à cette fonction conformément aux articles 2 et 3 de l'arrêté royal du 7 avril 1970 et au plus tard dans les trois mois qui suivent la publication du présent avis.

Ces présentations doivent être adressées au SPF Emploi, Travail et Concertation sociale, Service des Juridictions du travail, rue Ernest Blérot 1, à 1070 Bruxelles.

Les listes seront accompagnées d'un extrait d'acte de naissance pour chacun des candidats présentés.

**FEDERALE OVERHEIDSDIENST WERKGELEGENHEID,
ARBEID EN SOCIAAL OVERLEG**

[2013/200088]

Arbeidsgerechten. — Bericht aan de representatieve organisaties. — Openstaande plaats van een werkend raadsheer in sociale zaken als werkgever bij het arbeidshof van Bergen ter vervanging van de heer Philippe Evrard

De betrokken organisaties worden verzocht de kandidaturen voor te dragen overeenkomstig de artikelen 2 en 3 van het koninklijk besluit van 7 april 1970 en uiterlijk binnen de drie maanden na de bekendmaking van dit bericht.

De voordrachten van de kandidaten moeten worden gericht aan de FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg, Dienst Arbeidsgerechten, Ernest Blérotstraat 1, 1070 Brussel.

Bij de lijsten wordt voor elk der voorgedragen kandidaten een uittreksel van de geboorteakte gevoegd.

**SERVICE PUBLIC FEDERAL EMPLOI,
TRAVAIL ET CONCERTATION SOCIALE**

[2013/200089]

Juridictions du travail. — Avis aux organisations représentatives. — Place vacante d'un juge social effectif au titre de travailleur-employé au tribunal du travail de Bruxelles en remplacement de M. Jacques De Backer

Les organisations représentatives intéressées sont invitées à présenter les candidatures à cette fonction conformément aux articles 2 et 3 de l'arrêté royal du 7 avril 1970 et au plus tard dans les trois mois qui suivent la publication du présent avis.

Ces présentations doivent être adressées au SPF Emploi, Travail et Concertation sociale, Service des Juridictions du travail, rue Ernest Blérot 1, à 1070 Bruxelles.

Les listes seront accompagnées d'un extrait d'acte de naissance pour chacun des candidats présentés.

**FEDERALE OVERHEIDSDIENST WERKGELEGENHEID,
ARBEID EN SOCIAAL OVERLEG**

[2013/200089]

Arbeidsgerechten. — Bericht aan de representatieve organisaties. — Openstaande plaats van een werkend rechter in sociale zaken als werknemer-bediende bij de arbeidsrechtbank van Brussel ter vervanging van de heer Jacques De Backer

De betrokken organisaties worden verzocht de kandidaturen voor te dragen overeenkomstig de artikelen 2 en 3 van het koninklijk besluit van 7 april 1970 en uiterlijk binnen de drie maanden na de bekendmaking van dit bericht.

De voordrachten van de kandidaten moeten worden gericht aan de FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg, Dienst Arbeidsgerechten, Ernest Blérotstraat 1, 1070 Brussel.

Bij de lijsten wordt voor elk der voorgedragen kandidaten een uittreksel van de geboorteakte gevoegd.

SERVICE PUBLIC FEDERAL SECURITE SOCIALE

[C - 2013/22046]

Accord national médico-mutualiste 2013-2014

En vertu des articles 26, 50 et 51 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, la Commission nationale médico-mutualiste (ci-après CNMM) a conclu le 23 janvier 2013, sous la présidence de M. Johan DE COCK, l'accord qui suit pour les années 2013 et 2014.

1. CONTEXTE

La CNMM est convaincue que la crise économique et financière actuelle réclame des efforts à différents niveaux. Elle rappelle avoir proposé, au cours de 2012, plusieurs mesures tant sur le plan de la maîtrise de l'utilisation des médicaments que sur le plan des adaptations de la nomenclature qui doivent permettre de rester dans les limites des marges financières fixées. De cette manière, la CNMM a pris son entière responsabilité pour assurer l'indispensable sécurité tarifaire.

La CNMM insiste par ailleurs pour que dans la période à venir, les principes du système de concertation en place soient respectés, notamment sur le plan de la procédure budgétaire, et qu'il ne soit pas pris d'initiatives qui ébranleraient de façon unilatérale les équilibres existants du système d'accords.

La CNMM a pris connaissance de la loi du 27 décembre 2012 portant des dispositions diverses en matière d'accessibilité aux soins de santé. Elle constate que le système de tiers payant social obligatoire pour certains groupes cibles sociaux ne sera pas mis en place pendant la période d'application de l'accord et que les procédures de concertation classique seront respectées lors de la mise en place. En outre, l'instauration de l'interdiction de suppléments d'honoraires en dehors des chambres individuelles en ce qui concerne l'hospitalisation de jour fera l'objet d'un avis préalable. Enfin, il est prévu légalement que les dispositions en matière de suppléments d'honoraires dans les hôpitaux ne peuvent être adaptées qu'après qu'une concertation ait été menée à ce sujet au sein de la CNMM selon la procédure décisionnelle actuelle figurant à l'article 50, § 2, de la loi SSI.

2. OBJECTIF BUDGETAIRE PARTIEL 2013

La CNMM prend connaissance du montant de l'objectif budgétaire partiel qui a été décidé par le Gouvernement et, le 3 décembre 2012, communiqué au Conseil général de l'INAMI. L'objectif budgétaire partiel a été fixé à 7.554.667 milliers d'euros pour 2013.

L'objectif budgétaire partiel 2013 affiche de cette manière une hausse de 3,43 p.c. par rapport à l'objectif 2012 et de 2,64 p.c. par rapport aux estimations techniques de l'INAMI de septembre 2012.

L'objectif budgétaire partiel prévoit une marge pour la réalisation du projet « mammographie digitale » (8,3 millions d'euros) et pour le projet « chirurgie orthopédique main pied » (3,1 millions d'euros).

3. ECONOMIES

La CNMM constate que pour l'année 2013, un effort doit être fait à concurrence de 105 millions d'euros par rapport aux dernières estimations disponibles de l'INAMI. La répartition de ces économies décidée par le Gouvernement provient pour un montant de 82,3 millions d'euros du dépassement prévu de l'objectif budgétaire partiel 2012 dans les secteurs de la biologie clinique, l'imagerie médicale, les prestations spéciales, la chirurgie, la gynécologie, les montants forfaitaires et divers, pour 20 millions d'euros à la suite d'une diminution de volume estimée en matière d'imagerie médicale et pour 2,7 millions d'une limitation de la prime télématique. La CNMM a adapté la répartition de cet effort comme mentionné au point 4.

La CNMM souhaite examiner de manière approfondie les causes du dépassement prévu pour le 30 juin 2013 et vérifier si celui-ci résulte d'évolutions spécifiques de volume ou s'il a également été influencé par une modification de la vitesse de facturation dans le secteur des hôpitaux. Les estimations techniques de l'INAMI tiendront compte des résultats de cette analyse pour 2014.

4. MESURES

Dans le cadre financier esquissé, la CNMM propose les mesures suivantes :

4.1. Mesures concernant les médecins généralistes

Les honoraires pour les prestations mentionnées à l'article 2 de la nomenclature ainsi que les honoraires pour les trajets de soins seront majorés de 2 % pour les médecins généralistes à partir du 1^{er} février 2013.

Les prestations techniques pour les médecins généralistes seront indexées de 1 %.

La mesure supplément de permanence attesté pour les consultations entre 18 et 21 heures (pseudo code de nomenclature 101113) et la disponibilité pour le service de garde organisé (101091) est prolongée jusque fin 2014 et les suppléments d'honoraires en vigueur actuellement sont fixés à 4 euros à partir du 1^{er} février 2013. En outre, la mesure sera ancrée de manière structurelle dans la nomenclature au cours de l'accord.

Les montants des honoraires de disponibilité et des indemnités dans le cadre du régime Impulseo sont fixés à 6,07 euros par heure de disponibilité et à maximum 6.213,90 euros pour une intervention coût salarial et à maximum 3.474,00 euros pour un remboursement coût pour services.

Le montant de la prime de télématique sera fixé pour 2013 à 806 euros. A l'avenir, la CNMM souhaite lier l'octroi de la prime de télématique à l'utilisation effective du dossier médical informatisé (voir 5.4).

Conformément aux propositions de la CNMM, approuvées le 25 juin 2012, la gestion du DMG pourra être prolongée à partir du 1^{er} janvier 2014 au moyen du système My Carenet. Cependant, les médecins gardent la possibilité d'opter expressément pour le régime actuellement en vigueur.

Le régime provisoire du volet préventif du DMG est prolongé pour la durée de l'accord (voir aussi 5.2).

Le montant de l'allocation de pratique est fixé à 1.650 euros, suivant les conditions prévues dans l'accord national médico-mutualiste du 13 décembre 2010 et suivant les modalités administratives fixées par la CNMM.

De cette manière, une masse d'honoraires de 6 millions d'euros reste disponible. Ce montant sera utilisé dans le cadre des postes de garde de médecine générale et des projets assimilés (voir 5.3).

4.2. Mesures concernant les médecins spécialistes

4.2.1. Les honoraires pour les prestations mentionnées à l'article 2 et à l'article 25 de la nomenclature ainsi que les honoraires pour les trajets de soins seront majorés de 2 % pour les médecins spécialistes à partir du 1^{er} février 2013.

Toutefois, pour les médecins spécialistes non accrédités, les honoraires de surveillance et certains honoraires forfaitaires de biologie clinique et d'imagerie médicale, qui correspondent aux prestations spécifiques pour les médecins accrédités qui renferment une valeur Q, seront maintenus au niveau du 31 décembre 2012.

Les montants pour les honoraires de disponibilité sont fixés pour 2013 à 353,10 euros par week-end, 211,86 euros par jour férié qui ne tombe pas un week-end et à 141,23 euros pour un jour férié légal qui tombe un vendredi ou un lundi et à 257,56 euros pour les honoraires de permanence dans le service E.

Les prestations spéciales seront augmentées de 1,5 % à partir du 1^{er} février 2013 en ce qui concerne la chirurgie, la réanimation, l'anesthésiologie et la gynécologie.

Les honoraires pour dialyse sont maintenus au niveau du 31 décembre 2012.

Les autres prestations spéciales seront augmentées de 1 %.

L'enveloppe pour la biologie clinique sera fixée pour l'année 2013 à 1 284 419 milliers d'euros.

La CNMM confirme le principe selon lequel les médecins qui souscrivent au présent accord en ce qui concerne les chambres à deux lits et les chambres communes en hôpital de jour ne peuvent réclamer de suppléments d'honoraires par rapport aux tarifs de l'accord.

4.2.2. Imagerie médicale

L'enveloppe de l'imagerie médicale est fixée à 1.173.196 milliers d'euros pour l'année 2013. L'enveloppe tient compte des effets de volume d'une réforme de l'imagerie médicale. Cet effet a été estimé à 20 millions d'euros par le Gouvernement et n'a pas été pris en compte dans les tarifs. Dans la mesure où le résultat estimé à 20 millions d'euros en 2013 n'est pas atteint, il sera vérifié sur la base d'une analyse d'audit sous quelles conditions par des mesures de correction le montant en question peut être imputé aux prescripteurs ou dispensateurs concernés.

Les prestations pour imagerie médicale sont majorées de 1,5 % à partir du 1^{er} février 2013.

Dans l'attente de corrections structurelles qui doivent entrer en vigueur au plus tard le 1^{er} mai 2013 et qui seront prises sur la base d'un rapport d'audit de l'ensemble du secteur de l'imagerie médicale, les valeurs des lettres-clés pour les prestations en matière d'échocardiographie et de coronarographie seront diminuées de 6,7 % jusqu'à cette date.

Sur la base de l'avis du Conseil national des établissements hospitaliers actuellement en préparation, une concertation sera entamée avec le groupe professionnel au sujet d'un plan pluriannuel concret. La CNMM insiste pour qu'elle soit associée à cette concertation. A ce sujet un financement plus cohérent doit être recherché.

Le plan doit permettre d'améliorer l'infrastructure, ainsi que d'accroître l'accessibilité et d'améliorer la qualité des soins.

A cet égard, la programmation en matière d'appareils RMN sera revue en liaison avec un moratoire en matière d'appareils CT. De même, il sera développé un registre des appareils onéreux à fortes doses ionisantes.

Une nouvelle campagne de sensibilisation du public et des prescripteurs sera organisée et une diffusion et un feed-back encore meilleurs sur les *guidelines* médicales seront mis en place. Par ailleurs, dans le cadre de l'eHealth, des initiatives seront prises pour stimuler la prescription par voie électronique et réduire le double emploi. Il sera déterminé sous quelles conditions le radiologue peut adapter une prescription en vue d'un diagnostic qui soit davantage « evidence based » comme c'est déjà le cas dans le secteur de la biologie clinique (art. 24, § 9, 3^o, de la nomenclature).

La CNMM souhaite contribuer activement à la réalisation des objectifs qui précèdent dans le cadre d'un trajet pluriannuel.

4.2.3. Mesures de correction positives

Les mesures précitées font qu'un certain nombre de corrections peuvent être apportées :

- 1) en ce qui concerne les consultations et les honoraires de surveillance pour un montant de 8.537 milliers d'euros :
 - les consultations des neurologues et des pédiatres porteurs du titre professionnel en neurologie pédiatrique (102174 et 102675) sont majorées de 5 %. Une majoration similaire sera appliquée aux honoraires de consultation pour les pneumologues (102130 et 102631), les rhumatologues (102152 et 102653) et les gériatres (102896, 102911, 102233);
 - les honoraires pour l'examen d'un bénéficiaire admis dans un hôpital par un médecin spécialiste à la demande du médecin qui en assure le suivi et qui appartient à une autre spécialité agréée sont majorés de 25 %;
 - l'alignement des honoraires de surveillance dans une section pédiatrie par un neurologue pédiatrique. La liste des médecins spécialistes concernés est communiquée par l'INAMI aux organismes assureurs;
 - en ce qui concerne les dermato-vénérologues, la valeur Q des consultations est majorée de 1,5 euros;
- 2) aux prestations techniques suivantes pour un montant de 5.052 milliers d'euros :
 - la revalorisation du code de nomenclature 469895-469906 (échographie gynécologie) de 15 %;
 - la revalorisation des codes de nomenclature 258156-258160, 258171-258182, 253551-253562, 253573-253584 (revalorisation otoplastie) pour un montant global de 516 milliers d'euros. Le Conseil technique médical est chargé d'examiner une révision sur la base de cette intervention, ciblée sur certains groupes-cibles (en particulier les jeunes enfants);
 - la revalorisation des codes de nomenclature 243611-243622 de 33,3 % et 244053-244064 de 12,5 % (chirurgie abdominale), des codes de nomenclature 227253-227264 de 30,8 % (chirurgie thoracique) et des codes de nomenclature 354351-354362 de 50 %;
 - les prestations techniques visées à l'article 22 de la nomenclature pour les médecins spécialistes en médecine physique et en rééducation fonctionnelle sont indexées de 2 %;

Les mesures précitées seront réalisées via une adaptation des valeurs des lettres-clés à partir du 1^{er} février 2013.

- la revalorisation des codes de nomenclature 252453-252464, 252475-252486, 252534-252545, 252556-252560 et 252571-252582 de 50 % (chirurgie mammaire reconstructrice après une opération). Cette revalorisation sera réalisée après une concertation avec une représentation des associations de chirurgie plastique afin d'obtenir des garanties sur une limitation proportionnelle des suppléments utilisés.

Cette mesure sera exécutée via une adaptation de la nomenclature sur la base des résultats de la concertation qui débutera le 1^{er} février 2013.

4.3. Accréditation

Les honoraires d'accréditation forfaitaires seront fixés à 605 euros en 2013 et 2014. En 2013, le montant en question est majoré une fois de 100 euros. Il sera vérifié dans quelle mesure les procédures administratives peuvent être simplifiées, notamment à la lumière de la jurisprudence du Conseil d'Etat.

4.4. Incitation à adhérer entièrement à l'accord

Au cours de l'accord, une allocation annuelle est octroyée aux médecins qui ont entièrement adhéré à l'accord au cours de l'année civile sur laquelle porte l'intervention selon les modalités suivantes :

- a) pour les médecins généralistes pour autant qu'ils remplissent les conditions pour l'octroi de l'allocation de pratique;
- b) pour les médecins spécialistes pour autant que le montant total des prestations attestées à l'assurance maladie obligatoire par an s'élève à 15.000 euros minimum. A cet effet, il est tenu compte des prestations de la deuxième année qui précède l'année d'octroi - sauf pour les médecins spécialistes agréés pendant les deux premières années de leur entrée en fonction.

Le montant de l'allocation annuelle est fixé à 434 euros et est octroyé selon les modalités administratives fixées par la CNMM.

4.5. Objectif budgétaire partiel 2014

La CNMM souhaite que lors de la fixation des tarifs 2014 il soit prioritairement libéré une marge pour compenser d'une part, la partie du financement des postes de garde de médecine générale imputée à la masse d'index 2013 et, d'autre part, une dépense supplémentaire récurrente de 1.098 milliers d'euros.

4.6. Recommandations

La CNMM recommande aux médecins non conventionnés de ne demander aucun supplément, en chambre commune ou à 2 lits, tant en hospitalisation de jour pour les bénéficiaires de l'intervention majorée et les malades chroniques qu'en hospitalisation de jour oncologique pour tous les bénéficiaires.

La CNMM souhaite que les revalorisations prévues au point 4.2.3 auront un effet positif sur les montants qui sont portés en compte au patient.

5. PROGRAMME DE TRAVAIL 2013-2014

5.1. Chapitre IV

La CNMM souhaite que la charge administrative qui accompagne les demandes et les contrôles des médicaments chapitre IV soit réduite. Sur la base de l'évaluation des constatations faites en 2012, les procédures de contrôle seront mieux ciblées. Lors de cette évaluation, l'application uniforme des procédures de contrôle par les organismes assureurs sera également abordée. Des propositions concrètes seront préparées pour le 31 mars 2013 dans un groupe de travail en présence de représentants de la Cellule stratégique. Elle insiste sur une réalisation rapide de l'échange électronique des demandes et l'approbation des médicaments concernés, tant dans le secteur ambulatoire que dans le secteur hospitalier.

5.2. Module de prévention

La CNMM décide de prolonger jusqu'au 31 décembre 2014 la réglementation de nomenclature pour la gestion du module de prévention dans le cadre du dossier médical global (code de nomenclature 102395).

La CNMM évaluera dans le courant de 2013 l'utilisation et l'effet du module de prévention. L'Agence intermutualiste est invitée à analyser la facturation du module de prévention pendant les années 2011 et 2012 et vérifier quels sont les effets mesurables du module sur la mise en place des soins préventifs liés aux différents items du module (vaccinations, examens de dépistage du cancer...).

La CNMM développera plus avant, sur la base de cette évaluation, sa politique quant au rôle préventif du médecin généraliste après 2013 en vue d'un taux de participation plus élevé.

5.3. Soutien des services de garde de médecins généralistes

La CNMM continuera de développer et d'intégrer les différents instruments de sa politique de soutien des services de garde de médecins généralistes et de l'intégrer dans une politique globale relative à l'accueil des patients en dehors des heures normales de travail, aussi bien dans la première que dans la deuxième ligne.

Compte tenu du budget disponible d'un montant de 17,2 millions d'euros en 2013 (soit une augmentation de 6,000 millions euros) et en s'appuyant toujours sur les principes de normalisation du financement des postes de garde de médecine générale, la CNMM s'efforcera d'étendre davantage le nombre de postes de garde ou d'autres initiatives de réorganisation du service de garde de médecin généraliste, de façon à ce que soient disponibles, pour une part toujours plus importante du territoire, des solutions structurelles qui permettent aux médecins généralistes locaux d'assurer le service de garde pour la population. Les nouveaux projets peuvent être acceptés par la CNMM pour le financement sauf si la CNMM constate que du résultat d'un vote secret, il apparaît que plus de 30 % des médecins généralistes exerçant la garde au sein du territoire du service de garde se sont déclarés en désaccord avec le projet. Un rapport financier annuel devra également être soumis à la CNMM en ce qui concerne les postes de garde de médecins généralistes.

La CNMM continuera de développer le système des honoraires de disponibilité comme instrument de sa politique relative aux services de garde de médecins généralistes. L'impact d'initiatives de réorganisation et de modifications des normes de disponibilité, telles que proposées par le Conseil fédéral des cercles de médecins généralistes le 22 mars 2012, sur la facturation d'honoraires de disponibilité sera évalué à ce sujet. Les moyens ainsi libérés, en ce compris ceux suite à une éventuelle diminution relative des visites, sont réinvestis dans le développement des postes de garde de médecine générale et de projets assimilés. La CNMM invite le Ministre à effectuer les adaptations réglementaires nécessaires en la matière pour le 1^{er} juillet 2013.

5.4. Télémédecine

La Commission nationale a marqué son accord le 22 octobre 2012 sur les nouveaux critères qui s'appliqueront à la procédure d'homologation des logiciels dans le courant de 2013 et seront opérationnels dans le dossier médical informatisé (DMI) à partir de 2014. Ces nouveaux critères permettront d'objectiver l'utilisation effective du DMI, plus particulièrement en ce qui concerne l'enregistrement structuré de diagnostics codés et de prescriptions de médicaments, la consultation de fichiers sur le hub local/régional, le téléchargement de SUMEHR et l'utilisation de services de récipient pour la prescription de médicaments, les soins à domicile et la kinésithérapie. La Commission nationale formulera des propositions afin de moduler par étapes le montant de la prime télématique en fonction de son utilisation à partir de l'année 2014. Une distinction sensée doit être établie dans ce cadre entre une utilisation intensive et occasionnelle.

5.5. Tiers payant social

Dans l'accord conclu le 13 décembre 2010, un règlement a été instauré pour le tiers payant social dans lequel les médecins généralistes s'engagent par leur adhésion à appliquer ce règlement pour toutes les prestations en matière de consultation, et ce à la demande du patient et selon les modalités fixées par la CNMM.

La CNMM effectuera une analyse de l'application actuelle par les médecins généralistes et par les spécialistes du régime du tiers payant pour des prestations ambulatoires, en particulier en ce qui concerne le groupe-cible des bénéficiaires du régime préférentiel et les malades chroniques, et ce en fonction de la nature des prestations et de l'importance des montants concernés par contact et par ménage sur une base annuelle. La CNMM examinera également dans ce cadre l'effet du renforcement en 2011 du régime du tiers payant social pour les consultations de médecins généralistes.

Sur la base de cette analyse et compte tenu de la disponibilité opérationnelle des services Mycarenet « consultation assurabilité » et « facturation électronique », la CNMM formulera des propositions selon lesquelles à partir de 2015 une application simple systématique et administrative du régime du tiers payant pourra se faire par étapes. Des mécanismes seront prévus à cet effet afin d'éviter (cf. point 5.8) et de sanctionner les abus.

5.6. Trajets de soins

La CNMM souhaite également maintenir le système des trajets de soins jusqu'au 31 décembre 2013. Elle se réjouit de la participation importante concernant la collecte des paramètres cliniques. Sur la base aussi de ces éléments et d'une analyse complémentaire de l'Agence intermutualiste, un rapport d'évaluation sera rédigé afin d'adapter le système existant à partir du 1^{er} janvier 2014.

5.7. Réformes dans le secteur des médecins-spécialistes

5.7.1. La CNMM prend connaissance de l'intention du Gouvernement de prendre en considération pendant une période de quatre ans une extension du nombre d'examen effectués par PET scan et des services concernés comme prévu dans la demande d'avis au CNEH. A cet égard, il convient d'organiser une répartition géographique équitable dans le pays et de développer un mécanisme de financement adéquat qui fasse une distinction entre le financement du fonctionnement et la disponibilité d'une part et un financement dépendant de la prestation qui comprenne les honoraires du médecin qui dispense la prestation. La CNMM insiste pour quelle soit associée à cette concertation. A ce sujet un financement plus cohérent doit être recherché.

5.7.2. La CNMM souhaite collaborer activement à une révision du financement des soins spécialisés dans l'insuffisance rénale.

5.7.3. Elle contribuera aussi de manière active à l'élaboration d'un nouveau financement pour les fonctions « soins urgents spécialisés » et la médecine urgentiste en tenant compte de leurs missions et besoins spécifiques.

5.7.4. Elle formulera également des propositions relatives à l'utilisation judicieuse des médicaments dispensés dans le cadre du traitement du cancer en milieu hospitalier. Un groupe de travail de la CNMM formulera des propositions concrètes sur cette thématique pour le 30 juin 2013.

5.8. Transparence pour les patients

La Directive européenne 2011/24/UE du 9 mars 2011 concernant l'application des droits des patients dans les soins de santé transfrontaliers oblige l'Etat membre à prendre, pour fin octobre 2013, des mesures par lesquelles les personnes offrant des soins sont tenues d'établir des factures claires et de donner des informations claires sur les prix, qu'elles habitent ou non dans l'Etat membre.

La CNMM élaborera au cours de 2013 des propositions permettant de donner aux bénéficiaires des informations de manière transparente via la facture patient sur les honoraires et les frais qui leur sont portés en compte, à eux ainsi qu'aux organismes assureurs, tant dans le cadre du régime du tiers payant qu'en dehors de celui-ci.

Ces principes s'appliquent à tous les dispensateurs de soins, quelle que soit leur situation sur le plan de l'adhésion aux accords et aux conventions. La CNMM souhaite que ces principes soient entièrement réglés conformément à la loi SSI et sous réserve de l'application du point 10.2.

5.9. Burn-out

La CNMM élaborera des propositions concernant les recommandations qui ont été formulées dans le rapport du KCE 165B relatif au burn-out chez les médecins généralistes. Un groupe de travail examinera pour fin 2013 dans quelle mesure une intervention peut être prévue pour l'ensemble des médecins concernés.

5.10. Modernisation de la concertation

Un groupe de travail sera créé sous la direction du président de la CNMM qui réalisera pour le 31 octobre 2013 une évaluation des procédures existantes dans le cadre de la concertation entre médecins et organismes assureurs, formulera des propositions en vue de leur modernisation et dressera un inventaire des mesures qui peuvent contribuer à améliorer l'attractivité pour certaines catégories de médecins.

5.11. Simplification des honoraires et tickets modérateurs

En raison des choix faits par la CNMM au cours des années écoulées sur le plan des revalorisations des consultations, les honoraires des médecins accrédités par rapport aux médecins non-accrédités varient actuellement de 0,96 à 5,14 euros.

Cette évolution a également rendu l'évolution des interventions personnelles plus complexe et moins transparente. Dans ce contexte, il peut aussi être fait référence au rapport 180 du KCE. La CNMM examinera cette problématique et formulera des propositions.

Dans le courant de l'accord, on vérifiera si et à quelles conditions l'allocation de soutien à la pratique peut être intégrée dans le financement du DMG.

6. STATUT SOCIAL

Le montant du statut social pour les médecins entièrement conventionnés s'élève en 2013 à 4.444,05 euros, et pour les médecins partiellement conventionnés, à 2.169,60 euros.

A partir de 2014, l'octroi du statut social sera associé au fait d'atteindre un seuil d'activité déterminé. Le principe de périodes assimilées (maladie, accident, etc.) est maintenu intégralement. La CNMM demande que l'économie qui en découle puisse être attribuée par la Commission.

7. MESURES DE CORRECTION

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

8. CONDITIONS D'APPLICATION DE L'ACCORD

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

8.1.1. les dispensateurs de soins conventionnés complets;

8.1.2. les dispensateurs de soins conventionnés partiels.

8.2. Médecins généralistes

8.2.1. 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 8.2.3, les taux d'honoraires et les indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués à l'ensemble de sa pratique.

8.2.2. Les dispensateurs de soins conventionnés partiels

8.2.2.1. 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 durant les périodes et selon les conditions définies strictement au point 8.2.2.2.

Sauf durant les périodes et selon les conditions définies strictement au point 8.2.2.2, ou sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 8.2.3, les taux d'honoraires et les indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués à l'ensemble de sa pratique.

8.2.2.2. 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 :

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

8.2.2.2.2. et pour autant que le reste de sa pratique représente au moins les trois quart du total de sa pratique et soit effectué aux taux d'honoraires fixés conformément aux termes du présent accord, sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 8.2.3.

8.2.3. Exigences particulières du bénéficiaire

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

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

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

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

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

8.3. Médecins spécialistes

8.3.1. 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 8.3.3, les taux d'honoraires et les indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués à l'ensemble de sa pratique.

8.3.2. Les dispensateurs de soins conventionnés partiels

8.3.2.1. 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 durant les périodes et selon les conditions définies strictement au point 8.3.2.2.

Sauf durant les périodes et selon les conditions définies strictement au point 8.3.2.2, ou sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 8.3.3, les taux d'honoraires et les indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués à l'ensemble de sa pratique.

8.3.2.2. 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) :

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

8.3.2.2.2. 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 8.3.3, et à des heures qui conviennent normalement aux bénéficiaires de l'assurance soins de santé;

8.3.2.2.3. et pour autant que le médecin spécialiste assure, sur chacun des sites éventuels d'exercice de sa pratique, une plage d'accès pour des prestations aux patients 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 8.3.3.

8.3.3. Exigences particulières du bénéficiaire

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

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

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

8.3.3.3. 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.

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

soit 66.708,97 euros par ménage, augmentés de 2.222,83 euros par personne à charge, lorsqu'il n'y a qu'un seul titulaire;

soit 44.472,16 euros par titulaire, augmentés 2.222,83 euros par personne à charge, lorsqu'il y a plusieurs titulaires.

8.5. Les contestations concernant le point 8 feront l'objet d'un arbitrage par un collège paritaire composé par la CNMM et présidé par un fonctionnaire de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

8.6. 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.

9. CONCILIATION DE CONTESTATIONS

Les deux parties qui ont signé le présent accord s'engagent à tout mettre en œuvre pour faire respecter les dispositions et les faire appliquer correctement dans un esprit de loyauté et de respect mutuel. La CNMM est compétente pour concilier les disputes et les contestations qui peuvent surgir à propos de l'interprétation ou de l'exécution des accords. Elle peut concilier des contestations quant à l'interprétation de la nomenclature des prestations de santé, après avoir pris l'avis du Conseil technique médical.

10. DUREE DE L'ACCORD

10.1. Le présent accord est conclu pour une période de deux ans, à savoir du 1^{er} février 2013 au 31 décembre 2014.

10.2. L'accord peut être dénoncé par une des parties ou par un médecin, par lettre recommandée à la poste, adressée au président de la CNMM, dans les 30 jours qui suivent la publication au *Moniteur belge* de mesures d'économie fixées de manière unilatérale ou de la loi ou réglementation qui nuit gravement de manière unilatérale et sans concertation avec les parties à l'équilibre des droits et obligations découlant du présent accord auquel le médecin a adhéré.

L'accord peut en outre être dénoncé selon la même procédure par une des parties ou par un médecin, par lettre recommandée à la poste, adressée au président de la CNMM si, pendant la durée de l'accord, des dispositions légales ou réglementaires entrent en vigueur qui modifient unilatéralement le règlement existant relatif aux suppléments d'honoraires.

L'accord peut être dénoncé pour le 1^{er} décembre 2013 par une des parties ou par un médecin, par lettre recommandée à la poste, adressée au président de la CNMM si les moyens financiers pour l'exercice budgétaire 2014 ne permettent pas la bonne exécution de l'accord ou si la masse d'indexation est limitée unilatéralement et sans concertation préalable.

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

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

Cette dénonciation par une des parties peut être générale ou limitée à certaines prestations ou à certains groupes de prestations et/ou à certains dispensateurs de soins concernés par les mesures d'économie visées au premier alinéa. En cas de dénonciation partielle, il faut également mentionner avec précision, dans la lettre recommandée, les prestations ou groupes de prestations et/ou les dispensateurs visés. Cette dénonciation produit ses effets à la date d'entrée en vigueur des mesures de correction susmentionnées.

11. FORMALITES

11.1. 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 CNMM, 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 :

| |
|--|
| Numéro d'identification INAMI |
| Je soussigné, |
| Nom et prénom(s) |
| Adresse complète : |
| Qualité : Médecin de médecine générale / Médecin spécialiste en |
| <i>(Biffer la mention inutile)</i> |
| déclare refuser d'adhérer aux termes de l'accord national médico-mutualiste conclu le 23 janvier 2013. |
| Date : |
| Signature : |

11.2. Les médecins, autres que ceux qui ont notifié, conformément aux dispositions prévues au point 11.1, leur refus d'adhésion aux termes de l'accord conclu en 23 janvier 2013 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 du présent accord et particulièrement les points 8.2.2. et 8.3.2. (« conventionnement partiel ») :

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

11.2.2. 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 11.1. La lettre comportera les mentions suivantes :

11.2.2.1. pour les médecins généralistes :

| Numéro d'identification INAMI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------|--------|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Je soussigné, | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom et prénom(s) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adresse complète : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| déclare exercer mon activité professionnelle conformément aux clauses de l'accord national médico-mutualiste, conclu le 23 janvier 2013, dans les conditions de temps et de lieu suivantes : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| a) consultations, rendez-vous et prestations au cabinet, en dehors des termes de l'accord, <u>d'un maximum de trois fois par semaine par plage de maximum quatre heures continues</u> (point 8.2.2.2 « Périodes et conditions du conventionnement partiel ») | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Jours</th> <th style="width: 33%;">Lieu</th> <th style="width: 33%;">Heures</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> | Jours | Lieu | Heures | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Jours</th> <th style="width: 33%;">Lieu</th> <th style="width: 33%;">Heures</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> | Jours | Lieu | Heures | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Jours | Lieu | Heures | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Date : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Signature : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

11.2.2.2. pour les médecins spécialistes :

| Numéro d'identification INAMI | | |
|---|------|--------|
| Je soussigné, | | |
| Nom et prénom(s) | | |
| Adresse complète : | | |
| Médecin spécialiste en | | |
| déclare exercer mon activité professionnelle conformément aux clauses de l'accord national médico-mutualiste, conclu le 23 janvier 2013, 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 8.3.2.2. « 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 : | | |

11.3. Tous changements ultérieurs des conditions de temps et de lieu dans lesquelles, conformément aux clauses de l'accord, les médecins visés sous le point 11.2 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.

11.4. 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.

Fait à Bruxelles, le 23 janvier 2013.

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

Les Représentants du banc des organismes assureurs.

FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2013/22046]

Nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen 2013-2014

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 NCGZ) onder het voorzitterschap van de heer Johan DE COCK op 23 januari 2013 het navolgende akkoord gesloten voor het jaar 2013 en 2014.

1. CONTEXT

De NCGZ is ervan overtuigd dat de huidige economische en financiële crisis inspanningen vergt op verschillende vlakken. Zij herinnert eraan dat ze in de loop van 2012 verschillende maatregelen heeft voorgesteld zowel op het vlak van de beheersing van het geneesmiddelengebruik als op het vlak van aanpassingen van de nomenclatuur die moeten toelaten binnen de vastgestelde financiële marges te blijven. Op die wijze heeft de NCGZ haar volle verantwoordelijkheid genomen om een noodzakelijke tariefzekerheid te waarborgen.

De NCGZ dringt er anderzijds op aan dat in de komende periode de principes van het bestaande overlegstelsel worden gerespecteerd, inzonderheid voor wat betreft de begrotingsprocedure, en geen initiatieven worden genomen die op eenzijdige wijze de bestaande evenwichten van het akkoordensysteem zouden aantasten.

De NCGZ heeft kennis genomen van de wet van 27 december 2012 houdende diverse bepalingen inzake de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Ze stelt vast dat het systeem van verplichte sociale derde betalende voor bepaalde sociale doelgroepen niet in de loop van het akkoord zal worden tot stand gebracht en dat bij de totstandkoming ervan de klassieke overlegprocedures zullen worden gerespecteerd. Verder zal de invoering van het verbod op ereloon-supplementen buiten de eenpersoonskamers voor wat de daghospitaalbetreft het voorwerp uitmaken van een voorafgaandelijk advies. Tenslotte is wettelijk voorzien dat verdere aanpassingen van de bepalingen inzake ereloon-supplementen in ziekenhuizen slechts kunnen doorgevoerd worden nadat hierover overleg werd gevoerd in de schoot van de NCGZ volgens de actuele besluitvormingsprocedure opgenomen in artikel 50, § 2 van de GVV-wet.

2. PARTIELE BEGROTINGSDOELSTELLING 2013

De NCGZ neemt kennis van het bedrag van de partiële begrotingsdoelstelling dat door de Regering werd beslist en op 3 december 2012 aan de Algemene Raad van het RIZIV werd meegedeeld. De partiële begrotingsdoelstelling werd voor 2013 vastgesteld op 7.554.667 duizend euro.

De partiële begrotingsdoelstelling 2013 vertoont op die wijze een stijging met 3,43 pct. ten opzichte van de doelstelling 2012 en van 2,64 pct. ten opzichte van de technische ramingen van het RIZIV van september 2012.

In de partiële begrotingsdoelstelling is ruimte voorzien voor de realisatie van het project digitale mammografie (8,3 mio euro) en voor het project orthopedische chirurgie hand voet (3,1 mio euro).

3. BESPARINGEN

De NCGZ stelt vast dat voor het jaar 2013 een inspanning moet worden gerealiseerd ten belope van 105 miljoen euro ten opzichte van de laatst beschikbare ramingen van het RIZIV. De verdeling van deze door de Regering besliste besparing vloeit voor een bedrag van 82,3 miljoen euro voort uit de voorziene overschrijding van de partiële begrotingsdoelstelling 2012 in de sectoren klinische biologie, medische beeldvorming, speciale verstrekingen, heelkunde, gynaecologie, forfaitaire bedragen en diversen, voor 20 miljoen euro ten gevolge een geraamde volumevermindering inzake medische beeldvorming en voor 2,7 miljoen uit een beperking van de telematicapremie. De NCGZ heeft de verdeling van deze inspanning in dit akkoord aangepast zoals vermeld onder punt 4.

De NCGZ wenst de oorzaken van de geraamde overschrijding tegen 30 juni 2013 ten gronde te onderzoeken en na te gaan of deze voortvloeit uit specifieke volumeontwikkelingen of ook werd beïnvloed door een wijziging van de facturatiesnelheid in de ziekenhuissector. De technische ramingen van het RIZIV zullen voor 2014 met de bevindingen van deze analyse rekening houden.

4. MAATREGELEN

Binnen het geschetste financiële kader stelt de NCGZ volgende maatregelen voor :

4.1. Maatregelen met betrekking tot de huisartsen

De honoraria voor de verstrekingen opgenomen in artikel 2 van de nomenclatuur alsmede de honoraria voor de zorgtrajecten worden vanaf 1 februari 2013 verhoogd met 2 % voor de huisartsen.

De technische verstrekingen voor de huisartsen worden geïndexeerd met 1 %.

De maatregel permanentietoelage aangerekend voor raadplegingen tussen 18 en 21 uur (pseudonomenclatuurcode 101113) en beschikbaarheid voor de georganiseerde wachtdienst (101091) wordt verlengd tot eind 2014 en de thans geldende honorariumtoelage wordt vanaf 1 februari 2013 op 4 euro vastgesteld. Bovendien zal de maatregel structureel in de nomenclatuur worden verankerd in de loop van het akkoord.

De bedragen van de beschikbaarheidshonoraria en van de vergoedingen in kader van de Impulse-regeling worden vastgesteld op 6,07 euro per uur beschikbaarheid en op maximum 6.213,90 euro voor tussenkomst loonkosten en maximum 3.474,00 euro voor tegemoetkoming kosten voor diensten.

Het bedrag van de telematicapremie wordt voor 2013 vastgesteld op 806 euro. De NCGZ wenst naar de toekomst de toekenning van de telematicapremie te koppelen aan het effectief gebruik van het elektronisch medisch dossier (zie 5.4).

Conform de voorstellen van de NCGZ goedgekeurd op 25 juni 2012 zal de verlenging van het GMD-beheer vanaf 1 januari 2014 kunnen verlopen via het systeem My Carenet. Evenwel wordt de artsen de mogelijkheid gelaten uitdrukkelijk te opteren voor de thans geldende regeling.

De tijdelijke regeling van het preventief luik van het GMD wordt voor de duur van het akkoord verlengd (zie ook 5.2).

Het bedrag van de praktijktoelage wordt vastgesteld op 1.650 euro, volgens de voorwaarden voorzien in het nationaal akkoord geneesheren ziekenfondsen van 13 december 2010 en volgens de administratieve modaliteiten vastgesteld door de NCGZ.

Op die wijze blijft een honorariummassa beschikbaar van 6 mio euro. Dit bedrag zal worden aangewend in het kader van de huisartsenwachtposten en daarmee gelijkgestelde projecten (zie 5.3).

4.2. Maatregelen met betrekking tot de geneesheren-specialisten

4.2.1. De honoraria voor de verstrekingen opgenomen in artikel 2 en artikel 25 van de nomenclatuur alsmede de honoraria voor de zorgtrajecten worden vanaf 1 februari 2013 verhoogd met 2 % voor de geneesheren-specialisten.

Evenwel worden voor de niet-geaccrediteerde geneesheren-specialisten de honoraria voor toezicht en sommige forfaitaire honoraria klinische biologie en medische beeldvorming, die corresponderen met de specifieke verstrekingen voor de geaccrediteerde geneesheren die een Q waarde bevatten, gehandhaafd op het niveau van 31 december 2012.

De bedragen voor de beschikbaarheidshonoraria worden voor 2013 bepaald op 353,10 euro per weekend, 211,86 euro per feestdag die niet samenvalt met een weekend, en op 141,23 euro voor een wettelijke feestdag die valt op een vrijdag of maandag en voor het permanentiehonorarium in de E dienst op 257,56 euro.

De speciale verstrekingen worden vanaf 1 februari 2013 verhoogd met 1,5 % voor wat de heelkunde, reanimatie, anesthesiologie en gynaecologie betreft.

De honoraria voor dialyse worden gehandhaafd op het niveau van 31 december 2012.

De andere speciale verstrekingen worden met 1 % opgetrokken.

De enveloppe voor klinische biologie wordt voor het jaar 2013 vastgelegd op 1.284.419 duizend euro.

De NCGZ bevestigt het principe dat de geneesheren die dit akkoord onderschrijven op twee- en meerpersoonskamers in het dagziekenhuis geen bijkomende honoraria ten opzichte van de verbintenistarieven in rekening kunnen brengen.

4.2.2. Medische beeldvorming

De enveloppe medische beeldvorming wordt voor het jaar 2013 vastgelegd op 1.173.196 duizend euro. In de enveloppe medische beeldvorming wordt rekening gehouden met de volume-effecten van een hervorming medische beeldvorming. Dit effect werd door de Regering op 20 miljoen euro geraamd en wordt niet verrekend in de tarieven. Voor zover het beoogde resultaat begroot op 20 miljoen in 2013 niet wordt bereikt zal op basis van een auditanalyse worden nagegaan onder welke voorwaarden door correctiemaatregelen het betrokken bedrag kan worden ten laste gelegd van de betrokken voorschrijvers of verstrekkers.

De verstrekkingen voor medische beeldvorming worden vanaf 1 februari 2013 met 1,5 % opgetrokken.

In afwachting van structurele correcties die uiterlijk op 1 mei 2013 in werking moeten treden en die zullen genomen worden op basis van een auditverslag van de volledige sector medische beeldvorming zullen de sleutelletterwaarden voor de verstrekkingen inzake echocardiografie en coronarografie tot die datum met 6,7 % worden verminderd.

Op basis van het advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen dat thans wordt voorbereid, zal een overleg met de beroepsgroep worden opgestart rond een concreet meerjarenplan. De NCGZ dringt er op aan dat zij betrokken wordt bij dit overleg. Hierbij moet een meer coherente financiering worden nagestreefd.

Het plan moet toelaten een betere infrastructuur te creëren, alsook een grotere toegankelijkheid en een betere kwaliteit van de zorg.

Hierbij zal de programmatie inzake NMR toestellen worden herzien gekoppeld aan een moratorium inzake CT toestellen. Tevens zal een register inzake dure apparatuur of apparatuur met een hoge stralingsbelasting worden ontwikkeld.

Ook zal een nieuwe sensibiliseringscampagne naar het publiek en de voorschrijvers worden georganiseerd en zal een meer optimale verspreiding van en feedback over de medische guidelines worden tot stand gebracht. Verder zullen in het kader van ehealth initiatieven worden genomen om elektronisch voorschrijven te bevorderen en dubbel gebruik te reduceren. Er zal worden vastgesteld onder welke voorwaarden de radioloog een voorschrift kan aanpassen met het oog op een meer evidence based diagnose zoals reeds het geval is in de sector klinische biologie (art. 24, § 9, 3° van de nomenclatuur).

De NCGZ wenst actief bij te dragen tot het realiseren van voorgaande objectieven in het kader van een meerjarentraject.

4.2.3. Positieve correctiemaatregelen

De voornoemde maatregelen leiden er toe dat een aantal correcties kunnen worden doorgevoerd :

1) inzake de raadplegingen en de toezichthonoraria voor een bedrag van 8.537 duizend euro :

- de raadplegingen van de neurologen en pediaters houder van de beroepstitel in de kinderneurologie (102174 en 102675) worden met 5 % verhoogd. Eenzelfde verhoging zal worden toegepast op de raadpleginghonoraria voor de pneumologen (102130 en 102631), de reumatologen (102152 en 102653) en de gerieters (102896, 102911, 102233);

- het honorarium voor het onderzoek van een in een ziekenhuis opgenomen rechthebbende door een geneesheer-specialist op verzoek van de geneesheer die op hem toezicht uitoefent en die tot een ander erkend medische specialisme behoort wordt verhoogd met 25 %.

- de gelijkschakeling van de toezichthonoraria op een kinderafdeling door een kinderneuroloog. De lijst van de desbetreffende geneesheer-specialisten wordt door het RIZIV aan de verzekeringsinstellingen per omzendbrief meegedeeld;

- wat de dermato-venereologen betreft wordt de Q-waarde van de raadplegingen verhoogd met 1,5 euro;

2) op volgende technische verstrekkingen voor een bedrag van 5.052 duizend euro :

- de herwaardering van de nomenclatuurcode 469895-469906 (echografie gynaecologie) met 15 %;

- de herwaardering van de nomenclatuurcodes 258156-258160, 258171-258182, 253551-253562, 253573-253584 (herwaardering otoplastie) voor een bedrag van globaal 516 duizend euro. De Technisch Geneeskundige Raad wordt ermee belast om een herziening ten gronde van deze ingreep te onderzoeken, gecibleerd op bepaalde doelgroepen (in het bijzonder jonge kinderen);

- de herwaardering van de nomenclatuurcodes 243611-243622 met 33,3 % en 244053-244064 met 12,5 % (abdominale chirurgie), van de nomenclatuurcodes 227253-227264 met 30,8 % (heelkunde op de thorax) en van de nomenclatuurcodes 354351-354362 met 50 %;

- de technische verstrekkingen bedoeld in artikel 22 van de nomenclatuur voor de geneesheren-specialisten in de fysische geneeskunde en revalidatie worden geïndexeerd met 2 %;

Voorgaande maatregelen zullen via een aanpassing van de sleutelletterwaarden worden gerealiseerd vanaf 1 februari 2013.

- de herwaardering van de nomenclatuurcodes 252453-252464, 252475-252486, 252534-252545, 252556-252560 en 252571-252582 met 50 % (reconstructieve borstchirurgie na operatie). Deze herwaardering zal worden doorgevoerd na een overleg met een vertegenwoordiging van de verenigingen voor plastische heelkunde teneinde waarborgen te bekomen over een evenredige beperking van de gehanteerde supplementen.

Deze maatregel zal worden doorgevoerd via een aanpassing van de nomenclatuur op basis van de resultaten van het overleg dat vanaf 1 februari 2013 wordt opgestart.

4.3. Accreditering

Het forfaitair accrediteringshonorarium wordt in 2013 en 2014 vastgesteld op 605 euro. In 2013 wordt het betrokken bedrag eenmalig verhoogd met 100 euro. Er zal worden nagegaan in welke mate de administratieve procedures kunnen worden vereenvoudigd, mede in het licht van de rechtspraak van de Raad van State.

4.4 Aanmoediging van volledige toetreding tot het akkoord

In de loop van het akkoord wordt een jaarlijkse toelage toegekend aan de geneesheren die volledig zijn toetreden tot het akkoord in het kalenderjaar waarop de tegemoetkoming betrekking heeft onder de volgende modaliteiten :

a) voor huisartsen voor zover zij voldoen aan de voorwaarden voor de toekenning van de praktijktoelage;

b) voor geneesheren-specialisten voor zover het totaalbedrag van de aan de verplichte ziekteverzekering aangerekende prestaties per jaar minstens 15.000 euro bedraagt. Hiertoe wordt rekening gehouden met de prestaties van het tweede jaar dat het jaar van toekenning voorafgaat behoudens voor de erkende geneesheren-specialisten tijdens de eerste twee jaren van hun vestiging.

Het bedrag van de jaarlijkse toelage wordt vastgesteld op 434 euro en wordt toegekend volgens de administratieve modaliteiten vastgelegd door de NCGZ.

4.5. Partiële begrotingsdoelstelling 2014

De NCGZ wenst dat bij het vaststellen van de tarieven voor het jaar 2014 prioritair een marge wordt vrijgemaakt om enerzijds het deel van de financiering van de huisartsenwachtposten vanuit de indexmassa 2013 en anderzijds een recurrente meeruitgave van 1.098 duizend euro te compenseren.

4.6. Aanbevelingen

De NCGZ roept de niet verbonden artsen op om in twee- en meerpersoonskamers van het dagziekenhuis geen honoraria aan te rekenen bovenop de verbintenistarieven voor rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegevoetkoming en chronisch zieken alsook voor alle rechthebbenden die een oncologische dagbehandeling volgen.

De NCGZ wenst dat de herwaarderingen voorzien in punt 4.2.3 een gunstig effect zullen hebben op de bedragen die aan de patiënt worden aangerekend.

5. WERKPROGRAMMA 2013-2014

5.1. Hoofdstuk IV

De NCGZ wenst dat de administratieve belasting die gepaard gaat met de aanvragen en de controles van de geneesmiddelen hoofdstuk IV wordt gereduceerd. Op basis van de evaluatie van de in 2012 gedane vaststellingen zullen de controleprocedures beter worden gecibleerd. Bij die evaluatie zal ook de eenvormige toepassing van de controleprocedures door de ziekenfondsen worden in kaart gebracht. Concrete voorstellen zullen tegen 31 maart 2013 worden voorbereid in een werkgroep met aanwezigheid van vertegenwoordigers van de Beleidscel. Zij dringt aan op een spoedige totstandkoming van de elektronische uitwisseling van de aanvragen en de goedkeuring van de betrokken geneesmiddelen, zowel in de ambulante sector als in de ziekenhuissector.

5.2. Preventiemodule

De NCGZ beslist de nomenclatuurregeling voor het beheer van de preventiemodule in het kader van het globaal medisch dossier (nomenclatuurcode 102395) te verlengen tot 31 december 2014.

De NCGZ zal in de loop van 2013 het gebruik en het effect van de preventiemodule evalueren. Aan het Intermutualistisch Agentschap wordt gevraagd het aanrekenen van de preventiemodule over de jaren 2011 en 2012 te analyseren en na te gaan wat de meetbare effecten zijn van de module op de preventieve zorgen die verband houden met de verschillende items van de module (vaccinaties, onderzoeken voor het opsporen van kanker,...).

De NCGZ zal op basis van deze evaluatie haar beleid over de preventieve rol van de huisarts na 2013 verder ontwikkelen, mede met het oog op een hogere participatiegraad.

5.3. Ondersteuning van de huisartsenwachtdiensten

De NCGZ zal de verschillende instrumenten voor haar beleid rond de ondersteuning van de huisartsenwachtdiensten verder uitbouwen en integreren in een globaal beleid met betrekking tot opvang van patiënten buiten de normale werken, zowel in de eerste als in de tweede lijn.

Rekening houdend met het beschikbare budget ten belope van 17,2 miljoen euro in 2013 (hetzij een verhoging van 6,000 miljoen euro) en verder werkend op basis van de principes voor de standaardisering van de financiering van de *huisartsenwachtposten*, zal de NCGZ streven naar een verdere uitbreiding van het aantal wachtposten of andere initiatieven tot reorganisatie van de huisartsenwachtdienst, zodat voor een steeds groter wordend deel van het grondgebied structurele oplossingen voorhanden zijn die de lokale huisartsen toelaten de wachtdienst voor de bevolking te verzekeren. De nieuwe projecten kunnen door de NCGZ worden aanvaard voor financiering behoudens indien de NCGZ vaststelt dat uit het resultaat van een geheime stemming blijkt dat meer dan 30 % van de actieve wachtdoende huisartsen binnen het werkgebied van de wachtdienst zich niet akkoord verklaren met het project. Tevens zal door de huisartsenwachtposten aan de NCGZ een financieel jaarverslag moeten worden voorgelegd.

De NCGZ zal het systeem van de *beschikbaarheidshonoraria* verder ontwikkelen als instrument in haar beleid rond de huisartsenwachtdiensten. De impact van reorganisatie-initiatieven en van wijzigingen in de normen inzake beschikbaarheid, zoals voorgesteld door de Federale Raad voor de Huisartsenkringen op 22/03/2012, op het aanrekenen van beschikbaarheidshonoraria zal in dat verband worden geëvalueerd. De aldus vrijgekomen middelen, met inbegrip van deze ingevolge de eventuele relatieve daling van de huisbezoeken, worden geherinvesteerd in de verdere uitbouw van de huisartsenwachtposten en gelijkgestelde projecten. De NCGZ verzoekt de Minister terzake de nodige reglementaire aanpassingen door te voeren tegen 1 juli 2013.

5.4. Telematica

De Nationale commissie heeft op 22 oktober 2012 ingestemd met de nieuwe criteria die van toepassing zullen zijn voor de homologatieprocedure van de software in de loop van 2013 en operationeel in de elektronische medische dossiers (EMD) vanaf 2014. Deze nieuwe criteria maken het mogelijk om het effectief gebruik van het EMD te objectiveren, meer bepaald wat betreft het gestructureerd registreren van gecodeerde diagnoses en van medicatievoorschriften, het raadplegen van bestanden op de lokale/regionale hub, het uploaden van SUMEHRs en het gebruik van recipediensdiensten voor het voorschrijven van geneesmiddelen, thuisverpleging en kinesitherapie. De Nationale commissie zal voorstellen formuleren om stapsgewijs het bedrag van de telematicapremie te moduleren in functie van het gebruik ervan vanaf het jaar 2014. Hierbij dient een betekenisvol onderscheid gemaakt te worden tussen intensief en occasioneel gebruik.

5.5. Sociale derde betaler

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 NCGZ in bijlage aan het akkoord van 13 december 2010.

De NCGZ zal een analyse maken van de huidige toepassing door huisartsen en door specialisten van de regeling derde betalende voor ambulante verstrekkingen, in het bijzonder wat betreft de doelgroep van voorkeurgerechtigden en chronisch zieken, dit naargelang de aard van de verstrekkingen en de hoegrootheid van de per contact en de per gezin op jaarbasis betrokken bedragen. De NCGZ zal in dat verband ook het effect van de versterking in 2011 van de sociale derdebetalersregeling voor raadplegingen van huisartsen onderzoeken.

Op basis van deze analyse en rekening houdend met de operationele beschikbaarheid van de mycarenetdiensten 'consultatie verzekerbareid' en 'elektronische facturatie' zal de NCGZ voorstellen formuleren volgens welke vanaf 2015 stapsgewijs een systematische en administratief eenvoudige toepassing van de sociale derdebetalersregeling tot stand kan worden gebracht. Hierbij zullen mechanismen worden voorzien om misbruiken te vermijden (cf. punt 5.8) en te beteugelen.

5.6. Zorgtrajecten

De NCGZ wenst het systeem van de zorgtrajecten ook verder te zetten tot 31 december 2013. Ze is verheugd over grote participatie inzake de inzameling van de klinische parameters. Mede op basis van deze elementen en een complementaire analyse door het Intermutualistisch Agentschap zal een evaluatieverslag worden opgesteld om het bestaande systeem vanaf 1 januari 2014 aan te passen.

5.7. Hervormingen in de sector geneesheren-specialisten

5.7.1. De NCGZ neemt kennis van de intentie van de regering om over een periode van vier jaar een uitbreiding te overwegen van het aantal onderzoeken en de daarbij betrokken diensten uitgevoerd met PET-scan zoals vervat in de adviesaanvraag aan de NRZV. Hierbij moet een billijke geografische verdeling binnen het land worden georganiseerd en moet een adequaat financieringsmechanisme worden ontwikkeld waarbij een onderscheid wordt gemaakt tussen de financiering van de werking en de beschikbaarheid enerzijds en een prestatieafhankelijke financiering die het honorarium van de verstrekke arts omvat. De NCGZ dringt er op aan dat zij betrokken wordt bij dit overleg. Hierbij moet een meer coherente financiering worden nagestreefd.

5.7.2. De NCGZ wenst actief mee te werken aan een herziening van de financiering van de met nierfalen verbonden gespecialiseerde zorg.

5.7.3. Ze zal ook actief bijdragen aan het uitwerken van een nieuwe financiering voor de functies gespecialiseerde spoedgevallenzorg en de urgentiegeneeskunde, daarbij rekening houdende met hun specifieke opdrachten en behoeften.

5.7.4. Zij zal tevens voorstellen formuleren in verband met het oordeelkundig gebruik van de kankergeneesmiddelen in de ziekenhuizen. Tegen 30 juni 2013 zal een werkgroep van de NCGZ over deze thematiek concrete voorstellen formuleren.

5.8. Transparantie voor patiënten

De Europese Richtlijn 2011/24/EU van 9 maart 2011 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg verplicht de lidstaten om tegen eind oktober 2013 maatregelen te treffen waardoor alle zorgaanbieders gehouden zijn duidelijke facturen op te stellen en duidelijke informatie te verschaffen over de prijzen, ongeacht of zij in de lidstaat wonen of niet.

De NCGZ zal in de loop van 2013 voorstellen uitwerken waarbij op transparante wijze aan de rechthebbenden informatie wordt verschaft over de aan hen en aan de verzekering instellingen aangerekende erelonen en kosten via een patiëntenfactuur, zowel in het kader van de regeling derde betalende als daarbuiten.

Deze principes gelden voor alle zorgverleners, ongeacht hun situatie op het vlak van de toetreding tot akkoorden en overeenkomsten. De NCGZ wenst dat deze beginselen in het kader van de GVU wet worden geregeld en onverminderd de toepassing punt 10.2.

5.9. Burn-out

De NCGZ zal voorstellen ontwikkelen i.v.m. de aanbevelingen die werden geformuleerd in het rapport van het KCE 165A i.v.m. burn-out bij huisartsen. Een werkgroep zal voor eind 2013 onderzoeken in welke mate een tussenkomst kan worden voorzien voor alle artsen.

5.10. Modernisering overleg

Een werkgroep zal worden opgericht onder leiding van de voorzitter van de NCGZ welke tegen 31 oktober 2013 een evaluatie zal maken van de bestaande procedures in het kader van het overleg tussen artsen en ziekenfondsen, voorstellen zal formuleren met het oog op de modernisering ervan en maatregelen zal inventariseren die kunnen bijdragen tot een verbetering van de attractiviteit voor bepaalde categorieën van betrokken geneesheren.

5.11. Vereenvoudiging honoraria en remgelden

Door de keuzes die de NCGZ de voorbije jaren heeft gemaakt op vlak van differentiële herwaarderingen van de raadplegingen varieert het onderscheid in de honorering van geaccrediteerde versus niet geaccrediteerde artsen thans van 0,96 tot 5,14 euro.

Deze evolutie heeft ook de evolutie van de persoonlijke bijdragen veel complexer en minder transparant gemaakt. In dit verband kan ook worden verwezen naar rapport 180 van het KCE. De NCGZ zal deze problematiek onderzoeken en voorstellen formuleren.

In de loop van het akkoord zal nagegaan worden of en onder welke voorwaarden de praktijktoelage kan worden geïntegreerd in de financiering van het GMD.

6. SOCIAAL STATUUT

Het bedrag van het sociaal statuut voor volledig geconventioneerden bedraagt in 2013 4.444,05 euro, en voor partieel geconventioneerden 2.169,60 euro.

Vanaf 2014 zal de toekenning van het sociaal statuut gekoppeld worden aan het bereiken van een bepaalde activiteitsdrempel. Het principe van gelijkgestelde periodes (ziekte, ongeval,...) blijft hierbij onverkort behouden. De NCGZ vraagt dat de besparing die hieruit voortvloeit kan worden aangewend door de Commissie.

7. CORRECTIEMAATREGELEN

De correctie maatregelen vervat in het Nationaal Akkoord geneesheren - ziekenfondsen van 13 december 2010 blijven van toepassing.

8. TOEPASSINGSVOORWAARDEN VAN HET AKKOORD

8.1. 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 :

8.1.1. De volledig geconventioneerde zorgverleners,

8.1.2. De gedeeltelijk geconventioneerde zorgverleners.

8.2. Huisartsen

8.2.1. De volledig geconventioneerde zorgverleners

De volledig geconventioneerde huisarts is de huisarts die zijn hele praktijk aan de voorwaarden van dit akkoord onderwerpt en voor wie, behalve wanneer de rechthebbende bijzondere eisen stelt die strikt zijn bepaald in punt 8.2.3, de honorariumbedragen en de reisvergoedingen, vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, op zijn hele praktijk worden toegepast.

8.2.2. De gedeeltelijk geconventioneerde zorgverleners

8.2.2.1. Definitie en toe te passen tarieven

De gedeeltelijk geconventioneerde huisarts is de huisarts die zijn hele praktijk aan de voorwaarden van dit akkoord onderwerpt, behalve, gedurende de periodes en overeenkomstig de voorwaarden die strikt in punt 8.2.2.2 zijn bepaald.

Behalve, tijdens de periodes en overeenkomstig de voorwaarden die strikt zijn bepaald in punt 8.2.2.2, of behalve wanneer de rechthebbende bijzondere eisen stelt die strikt zijn bepaald in punt 8.2.3, worden de honorariumbedragen en de reisvergoedingen, vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, op zijn hele praktijk toegepast.

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

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

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

8.2.2.2.2. en wanneer de rest van zijn praktijk minstens drie vierden van het totaal van zijn praktijk vertegenwoordigt en wordt verricht tegen de honorariumbedragen die zijn vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, behalve wanneer de rechthebbende bijzondere eisen stelt die strikt zijn bepaald in punt 8.2.3.

8.2.3. Bijzondere eisen van de rechthebbende

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

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

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

8.2.3.3. 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;

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

Afgesproken is evenwel dat de zieke in behandeling, die verzocht wordt zich opnieuw in de spreekkamer van de 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.

8.3. Geneesheren-specialisten

8.3.1. 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 8.3.3, de honorariumbedragen en de reisvergoedingen, vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, op zijn hele praktijk worden toegepast.

8.3.2. De gedeeltelijk geconventioneerde zorgverleners

8.3.2.1. 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 punt 8.3.2.2. zijn bepaald.

Behalve, tijdens de periodes en overeenkomstig de voorwaarden die strikt zijn bepaald in punt 8.3.2.2., of behalve wanneer de rechthebbende bijzondere eisen stelt die strikt zijn bepaald in punt 8.3.3, worden de honorariumbedragen en de reisvergoedingen, vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, op zijn hele praktijk toegepast.

8.3.2.2. 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) :

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

8.3.2.2.2. en wanneer minstens de helft van al zijn verstrekkingen aan de ambulante patiënten wordt verricht tegen de honorariumbedragen die zijn vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, behalve wanneer de rechthebbende bijzondere eisen stelt die strikt zijn bepaald in punt 8.3.3, en op uren die normaal gezien schikken voor de rechthebbenden van de verzekering voor geneeskundige verzorging;

8.3.2.2.3. 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 8.3.3.

8.3.3. 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 :

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

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

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

Afgesproken is evenwel dat de zieke in behandeling, die verzocht wordt zich opnieuw in de spreekkamer van de 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.

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

66.708,97 euro per gezin, vermeerderd met 2.222,83 euro per persoon ten laste, als er slechts één gerechtigde is;

of 44.472,16 euro gerechtigde, vermeerderd met 2.222,83 euro per persoon ten laste, als er meerdere gerechtigden zijn.

8.5. De betwistingen met betrekking tot punt 8 zullen onder de arbitrage van een paritair comité worden geplaatst dat wordt samengesteld door de NCGZ en wordt voorgezeten door een ambtenaar van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering.

8.6. 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 toegetreden en van de periodes van toetreding of gedeeltelijke toetreding.

9. GESCHILLEN EN BEMIDDELING

Beide partijen die dit akkoord hebben ondertekend verbinden zich ertoe alles in het werk te stellen om de bepalingen te doen respecteren en correct te doen toepassen op basis van loyaleit en wederzijds respect. De NCGZ is bevoegd voor de bemiddeling van disputen terzake alsook van de geschillen die zich kunnen voordoen naar aanleiding van de interpretatie of de uitvoering van de akkoorden. Ze kan in de geschillen inzake de interpretatie van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen bemiddelen nadat ze het advies van de Technische Geneeskundige Raad heeft ingewonnen.

10. DUUR VAN HET AKKOORD

10.1. Dit akkoord wordt voor een periode van twee jaar gesloten namelijk van 1 februari 2013 tot en met 31 december 2014.

10.2. Het akkoord kan worden opgezegd door een van de partijen of door een geneesheer met een ter post aangetekende brief die aan de voorzitter van de NCGZ is gericht binnen 30 dagen na de bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad* van besparingsmaatregelen die eenzijdig werden vastgelegd of van wetgeving of reglementering die op eenzijdige wijze en zonder overleg met de partijen een ernstige wijziging aanbrengt in het evenwicht van de rechten en plichten voortvloeiend uit dit akkoord in functie waarvan de geneesheer is toegetreden.

Het akkoord kan wegens dezelfde procedure opgezegd worden door een van de partijen of door een geneesheer met een ter post aangetekende brief aan de voorzitter van de NCGZ indien tijdens de looptijd van het akkoord wettelijke of reglementaire bepalingen in werking treden die de bestaande regeling met betrekking tot de honorariumsupplementen eenzijdig wijzigen.

Het akkoord kan worden opgezegd voor 1 december 2013 door een van de partijen of door een geneesheer met een ter post aangetekende brief die aan de voorzitter van de NCGZ is gericht indien de financiële middelen voor het begrotingsjaar 2014 niet toelaten om de goede uitvoering van het akkoord te waarborgen of indien de indexmassa eenzijdig en zonder voorafgaand overleg wordt beperkt.

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

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, vierde lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Deze opzegging door een van de partijen kan algemeen zijn of beperkt tot bepaalde verstrekkingen of groepen van verstrekkingen en/of tot bepaalde zorgverleners op wie de besparingsmaatregelen beoogd in het eerste lid betrekking hebben. 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 correctie maatregelen.

11. FORMALITEITEN

11.1. 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 NCGZ, 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 :

| |
|---|
| RIZIV- identificatienummer |
| Ik, ondergetekende, |
| Naam en voornamen : |
| Volledig adres : : |
| Hoedanigheid : Algemeen geneeskundige / geneesheer-specialist voor (<i>doorhalen wat niet past</i>) |
| verklaar dat ik weiger toe te treden tot de bedingen van het op 23 januari 2013 gesloten Nationaal Akkoord Geneesheren-Ziekenfondsen. |
| Datum : |
| Handtekening : |

11.2. De andere geneesheren dan die welke, overeenkomstig de bepalingen die zijn vermeld onder 11.1, kennis hebben gegeven van hun weigering tot toetreding tot de bedingen van het akkoord dat op 23 januari 2013 in de NCGZ is gesloten, worden ambtshalve geacht tot dit akkoord te zijn toegetreden voor hun volledige beroepsactiviteit, behalve als zij, binnen de 30 dagen na de bekendmaking van dit akkoord in het *Belgisch Staatsblad* de voorwaarden inzake tijd en plaats hebben meegedeeld waaronder zij, overeenkomstig de bedingen van dit akkoord en meer bepaald de punten 8.2.2. en 8.3.2. (« gedeeltelijk geconventioneerde ») :

11.2.1. de honorariumbedragen zullen toepassen die daarin zijn vastgesteld;

11.2.2. 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 11.1 vermelde adres. In de brief moet het volgende staan :

11.2.2.1. voor de huisartsen :

| RIZIV- identificatienummer | | |
|---|--------|------|
| Ik, ondergetekende, | | |
| Naam en voornamen : | | |
| Volledig adres : : | | |
| verklaar mijn beroepsactiviteit, uitgeoefend overeenkomstig de bedingen van het op 23 januari 2013 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, <u>ten belope van maximaal drie keer per week per tijdvak van maximum 4 ononderbroken uren</u> (punt 8.2.2.2. « 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 : | | |

11.2.2.2. Voor de geneesheren-specialisten :

| RIZIV- identificatienummer | | |
|--|--------|------|
| Ik, ondergetekende, | | |
| Naam en voornamen : | | |
| Volledig adres : : | | |
| Geneesheer-specialist voor | | |
| verklaar mijn beroepsactiviteit, uitgeoefend overeenkomstig de bedingen van het op 23 januari 2013 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 <u>ten belope van maximaal vier keer per week per tijdvak van maximum 4 ononderbroken uren</u> (punt 8.3.2.2. « 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 : | | |

11.3. Alle latere wijzigingen van de voorwaarden inzake tijd en plaats waaronder de onder 11.2 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 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.

11.4. 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 verstrekking van die gedekt zijn door de derdebetalersregeling.

Opgemaakt te Brussel op 23 januari 2013.

De vertegenwoordigers van de geneesheren (BVA-SABSyM en Kartel-Cartel),

De vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen.

KINDERRECHTENCOMMISSARIAAT

[C – 2013/18076]

Selectieproef voor een deeltijds (80 %) contractueel jurist bij het Kinderrechtencommissariaat Uiterste datum kandidatuurstelling : 26 februari 2013

Het Kinderrechtencommissariaat organiseert een selectieproef voor de aanwerving van een deeltijds (80 %) contractueel jurist (m/v) met expertise in juridisch werk of advies- of beleidswerk in het domein Onderwijs (niveau A).

1. Opdracht van het Kinderrechtencommissariaat

Het Kinderrechtencommissariaat werd bij decreet van 15 juli 1997, zoals gewijzigd bij decreten van 31 januari 2003 en 6 juli 2005, als paraparlementaire instelling bij het Vlaams Parlement opgericht. De hoofdopdracht van het Kinderrechtencommissariaat is het verdedigen van de rechten van minderjarigen en het behartigen van hun belangen.

Het Kinderrechtencommissariaat detecteert signalen van kinderen, jongeren en professionals. Het bemiddelt, onderzoekt klachten en adviseert het beleid. Altijd met het oog op de naleving en toepassing van kinderrechten in Vlaanderen. De Klachtenlijn van het Kinderrechtencommissariaat is er voor jongeren onder de 18 jaar en hun belangenbehartigers. De Klachtenlijn onderzoekt grondig en onafhankelijk de klachten. De Klachtenlijn bemiddelt en geeft helder advies om de klacht om te buigen naar een oplossing in het belang van de minderjarige.

2. Plaats van de functie van jurist binnen het Kinderrechtencommissariaat

De hoofdtaken van het Kinderrechtencommissariaat bestaan uit ombudswerk en advieswerk. De opdracht van de jurist (80 %) omvat zowel advieswerk als ondersteuning van het ombudswerk.

3. Inhoud van de functie en functieprofiel

• Verleent op basis van gevoerd onderzoek advies inzake structurele dossiers, beleidskeuzes en inzake de opvolging van (inter)nationale richtlijnen met betrekking tot kinderrechten thema's en in het bijzonder het domein Onderwijs.

Kandidaten moeten informatiebronnen kunnen benutten, relevante rechtsleer en rechtspraak opvolgen, commissies in het Vlaams en federaal parlement en de werkzaamheden van de Vlaamse regering kunnen opvolgen en allerlei andere informatie verzamelen en betrokken partijen bevragen in functie van een welbepaald dossier of thema. Belangrijk hierbij is dat zij deze informatie kunnen analyseren, interpreteren en helder en correct synthetiseren door bijvoorbeeld het formuleren van standpunten en beleidsaanbevelingen, het schrijven en presenteren van standpunten en adviezen.

• Voert onderzoek naar de juridische positie van minderjarigen in het kader van de Klachtenlijn van het Kinderrechtencommissariaat

• Onderhoudt brede contacten met beleidsmakers en stakeholders op het terrein, informeert, sensibiliseert en bouwt een netwerk uit. De onderzoeker detecteert alzo signalen en verwerft inzicht in de maatschappelijke, juridische en sociale context van minderjarigen in Vlaanderen. Hij/zij doet dit in samenwerking met collega- onderzoekers en ombudsmedewerkers.

• Ondersteunt de algemene werking van het Kinderrechtencommissariaat door bv. het schrijven van teksten voor diverse publicaties en het jaarverslag.

Vaktechnische competenties :

• Kennis van klachtenonderzoek en de regelgeving hieromtrent (o.m. het decreet ter instelling van het Kinderrechtencommissariaat, het klachtendecreet,...)

• Kennis van de wet- en regelgeving en het beleid binnen het vakgebied Onderwijs.

• Kennis van kinderrechten, het Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind en de vertaling ervan in de Belgische rechtsorde

• Kennis van (inter)nationale kinderrechtenactoren

• Kennis van de politieke structuren en de werking van het Vlaams en federaal beleid.