

OFFICIELE BERICHTEN — AVIS OFFICIELS

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

[C - 2003/23126]

Nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen voor 2004-2005

Krachtens de artikelen 26, 50 en 51 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, heeft de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen (NCGZ) onder het voorzitterschap van de heer Gabriel Perl, tijdens haar zitting van 15 december 2003, het volgende akkoord gesloten :

1. PARTIELE BEGROTINGSDOELSTELLING 2004.

De NCGZ neemt kennis van het bedrag van de partiële begrotingsdoelstelling 2004 dat door het Verzekeringscomité is vastgesteld op 5.012.268 duizend euro.

2. HONORARIA 2004 : INDEXERING EN HERWAARDERING.

In de tabellen hieronder zijn de gegevens met betrekking tot de dialyse niet opgenomen; de dialyse wordt geïndexeerd met 1,38 % vanaf 1 januari 2004 in het kader van haar eigen partiële begrotingsdoelstelling.

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

[C - 2003/23126]

Accord national médico-mutualiste pour 2004-2005

En vertu des articles 26, 50 et 51 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, la Commission nationale médico-mutualiste (CNMM), sous la Présidence de M. Gabriel Perl, a conclu en sa séance du 15 décembre 2003, l'accord suivant :

1. OBJECTIF BUDGETAIRE PARTIEL 2004.

La CNMM prend acte du montant de l'objectif budgétaire partiel 2004, fixé par le Comité de l'assurance à 5.012.268 milliers €.

2. HONORAIRES 2004 : INDEXATION ET REVALORISATION.

Les tableaux ci-dessous ne reprennent pas ce qui concerne la dialyse qui fait l'objet d'une indexation de 1,38 % au 1^{er} janvier 2004 dans le cadre de son propre objectif budgétaire partiel.

ONTWERPEN	BUDGETTAIRE WEERSLAG 2004 duizend €	BUDGETTAIRE WEERSLAG OP JAARBASIS duizend €
1. Indexering		
1.1. Ontwerp H0405/01	63.217	63.217
Vanaf 1 januari 2004 worden de honoraria, zoals ze waren vastgesteld op 31 december 2003, lineair geïndexeerd met 1,38 %, met uitzondering van de bezoeken van de huisartsen (cf. volgend ontwerp)		
1.2. Ontwerp H0405/02	3.828	5.104
Vanaf 1 april 2004 worden de honoraria van de bezoeken van de huisartsen zoals ze waren vastgesteld op 31 december 2003 lineair geïndexeerd met 1,38 %		
TOTAAL INDEXERING	67.045	68.321
2.1. Huisartsen :		
Ontwerp H0405/03	7.645	30.576
Vanaf 1 oktober 2004 worden de honoraria voor bezoeken verhoogd met 2,67 € en worden aldus gebracht op : code 103110 : 22,99 € code 104672 : 22,99 € code 103132 : 28 € code 104370 : 28 € code 104112 : 22,22 € code 103913 : 28 € code 103316 : 22,22 € code 103515 : 28 €		
Ontwerp H0405/04	656	2.624
Vanaf 1 oktober 2004 worden de honoraria voor het GMD (code 102771) op 19 € gebracht		
TOTAAL HUISARTSEN	8.301	33.200
2.2. Geneesheren specialisten :		
Ontwerp H0405/05	1.282	1.710
Vanaf 1 april 2004 worden de honoraria voor de raadpleging in het kabinet van de geneesheer-dermatoloog (102734 en 102756), verhoogd met 1.30 € (inhaalbeweging)		
Ontwerp H0405/06	1.141	4.564
Vanaf 1 oktober 2004 worden de toezichtshonoraria (art. 25) geherwaardeerd		
Ontwerp H0405/07	1.223	4.892

ONTWERPEN	BUDGETTAIRE WEERSLAG 2004 duizend €	BUDGETTAIRE WEERSLAG OP JAARBASIS duizend €
De budgettaire massa hiernaast is beschikbaar voor een herwaardering van de honoraria van sommige geneesheren-specialisten, reumatologen, alsmede de endocrinologen, gerieters, internisten-oncologen vanaf 1 oktober 2004		
TOTAAL SPECIALISTEN	3.646	11.166
TOTAAL HONORARIA 2004	78.992	112.687

PROJETS	IMPACT BUDGETTAIRE 2004 en milliers €	IMPACT BUDGETTAIRE SUR BASE ANNUELLE en milliers €
1. Indexation		
1.1. Projet H0405/01		
A compter du 1 ^{er} janvier 2004, les honoraires tels qu'ils étaient fixés au 31 décembre 2003, sont indexés de façon linéaire de 1,38 %, hormis les visites des médecins généralistes (cfr projet suivant).	63.217	63.217
1.2. Projet H 0405/02		
A compter du 1 ^{er} avril 2004, les honoraires des visites des médecins généralistes tels qu'ils étaient fixés au 31 décembre 2003, sont indexés de façon linéaire de 1,38 %	3.828	5.104
TOTAL INDEXATION	67.045	68.321
2.1. Médecins généralistes :		
Projet H0405/03	7.645	30.576
A compter du 1 ^{er} octobre 2004, les honoraires des visites sont augmentés de 2,67 € et sont donc portés à code 103110 : 22,99 € code 104672 : 22,99 € code 103132 : 28 € code 104370 : 28 € code 104112 : 22,22 € code 103913 : 28 € code 103316 : 22,22 € code 103515 : 28 €		
Projet H0405/04	656	2.624
A compter du 1 ^{er} octobre 2004, l'honoraire pour le DMG (code 102771) est porté à 19 €		
TOTAL GENERALISTES	8.301	33.200
2.2. Médecins spécialistes :		
Projet H0405/05	1.282	1.710
A compter du 1 ^{er} avril 2004, les honoraires de consultation au cabinet du médecin dermatologue (102734 et 102756) sont augmentés de 1.30 € (rattrapage)		
Projet H0405/06	1.141	4.564
A compter du 1 ^{er} octobre 2004, les honoraires de surveillance (art. 25) sont revalorisés		
Projet H0405/07	1.223	4.892
La masse budgétaire ci-contre, est disponible pour une augmentation d'honoraires de certains médecins spécialistes, rhumatologues ainsi que les endocrinologues, gériatres, internistes-oncologues, à partir du 1 ^{er} octobre 2004.		
TOTAL SPECIALISTES	3.646	11.166
TOTAL HONORAIRES 2004	78.992	112.687

3. NOMENCLATUUR 2004 (bijlage aan het koninklijk besluit van 14 september 1984).

3.803 duizend € zal in 2004 worden besteed aan de verwezenlijking van de volgende ontwerpen tot wijziging van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen die ten vroegste op 1 juli 2004 in werking kunnen treden, dit zijn :

3. NOMENCLATURE 2004 (annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984).

3.803 milliers € seront consacrés en 2004 à la réalisation des projets de modification de la nomenclature des prestations de santé suivants qui pourront entrer en vigueur au plus tôt le 1^{er} juillet 2004, à savoir :

ONTWERPEN (en artikelen van de nomenclatuur)	BUDGETTAIRE WEERSLAG OP JAARBASIS (duizend €)
ONTWERP N03/21 Fysiotherapie (overeenstemming met de nieuwe overeenkomsten en de kinesitherapie)	0
ONTWERP N03/22 Stomatologie (actualisering van de nomenclatuur)	0
ONTWERP N03/26 Consultancehonorarium (diabetes) vanaf 2004	1.550 (reeds inbegrepen in de technische ramingen 2004)
ONTWERP N0405/01 Accreditering/Nucleaire geneeskunde art.18, § 2, B, d)quinquies (corr.4 vergeten codenummers Q)	36
ONTWERP N0405/02 Verloskunde (supplement spoed) en pediatrie (aanwezigheid van de pediater tijdens de bevalling)	1.339
ONTWERP N0405/03 Psychotherapie voorbehouden aan de psychiaters art. 1, § 10, en art. 2 l	enkele besparingen
ONTWERP N0405/04 Liaisonpsychiatrie art. 25, § 2, d) - toepassingsregels	0
ONTWERP N0405/05 Splitsing echographieën - urinaire echographie art. 17 et 17 ^{quater} (materiële fout)	pm
ONTWERP N0405/06 Ambulante heekunde - terugbetaalde extramurale heekunde op het oog - art. 15	-1.000
ONTWERP N0405/07 Stamcellen	1.800
ONTWERP N0405/08 Raadpleging vóór de anesthesie	1.580
ONTWERP N0405/09 Huidoverschot art. 14 (100 gevallen/jaar)	geringe meerkost
ONTWERP N0405/10 Liaisongeriatrie	2.500
ONTWERP N0405/11 Richtlijnen RX (zie bijlage 1)	belangrijke besparingen op termijn
ONTWERP N0405/12 Multidisciplinaire heekundige ingreep	4.000
ONTWERP N0405/13 Stagedoende huisartsen 005-006	0,3
ONTWERP N0405/14 Oftalmologie - modernisering (strabisme)	1.000
ONTWERP N0405/15 Heuppunctie	0
ONTWERP N0405/16 Suboccipitale punctie (schrapping)	0
ONTWERP N0405/17 Borstprothese - verwijdering voor complicaties (enkele tientallen gevallen)	geringe meerkost
ONTWERP N0405/18 Reconstructie sternum art.14 k)(10 gevallen /jaar)	geringe meerkost
ONTWERP N0405/19 Financiering van de contrastmiddelen in de begroting van de medische beeldvorming	pm
ONTWERP N0405/20 Urologie - technische therapeutische prestaties	1.580
ONTWERP N0405/21 Taping van de enkel*	0
ONTWERP N0405/22 Microscopisch onderzoek van urine in de telkamer*	500
TOTAAL	13.335,3

OBJET (et articles de la nomenclature visés)	INCIDENCE FINANCIERE ANNUELLE (en milliers €)
PROJET N03/21 Physiothérapie (concordance avec les nouvelles conventions et la kinésithérapie)	0
PROJET N03/22 Stomatologie (actualisation de la nomenclature)	0
PROJET N03/26 Honoraires de consultance (diabète) à partir de 2004	1.550 (déjà inclus dans les estimations techniques 2004)
PROJET N0405/01 Accréditation/Médecine nucléaire art.18, § 2, B, d)quinquies (corr. 4 codes oubliés Q)	36
PROJET N0405/02 Obstétrique (supplément d'urgence) et pédiatrie (présence du pédiatre lors de l'accouchement)	1.339
PROJET N0405/03 Psychothérapie réservée aux psychiatres art.1, § 10, et art. 2 l	quelques économies
PROJET N0405/04 Psychiatrie de liaison art. 25, § 2, d) – règles d'application	0
PROJET N0405/05 Splitsing échographies – écho urinaire art. 17 et 17 ^{quater} (erreur matérielle)	pm
PROJET N0405/06 Chirurgie ambulatoire – chirurgie ophtalmologique remboursée extra-muros art. 15	-1.000
PROJET N0405/07 Cellules souches	1.800
PROJET N0405/08 Consultation préanesthésie	1.580
PROJET N0405/09 excédent cutané art. 14 (100 cas /an)	surcoût minime
PROJET N0405/10 Gériatrie de liaison	2.500
PROJET N0405/11 Guidelines RX (cfr annexe 1)	économies majeures à terme
PROJET N0405/12 Intervention chirurgie multidisciplinaire	4.000
PROJET N0405/13 Médecine générale stagiaires 005-006	0,3
PROJET N0405/14 Ophtalmologie – modernisation (strabisme)	1.000
PROJET N0405/15 Ponction hanche	0
PROJET N0405/16 Ponction sous-occipitale (suppression)	0
PROJET N0405/17 Prothèses mammaires – enlèvement pour complications (quelques dizaines de cas)	surcoût minime
PROJET N0405/18 Reconstruction sternum art.14 k)(10 cas /an)	surcoût minime
PROJET N0405/19 Financement des moyens de contraste dans le budget de l'imagerie médicale	pm
PROJET N0405/20 Urologie – actes techniques thérapeutiques	1.580
PROJET N0405/21 Taping de la cheville *	0
PROJET N0405/22 Examen microscopique de l'urine en chambre de comptage *	500
TOTAL	13.335,3

* Onder voorbehoud van het akkoord van de Technische geneeskundige raad.

* Sous réserve de l'accord du Conseil technique médical.

Er zal een werkgroep worden opgericht, belast met het onderzoeken van de problematiek betreffende de urgentiegeneeskunde in haar verschillende aspecten (met name de kwalificatie van de geneesheer (in synergie met Volksgezondheid), de honoraria (onder andere forfaitaire honoraria voor het waarnemen van de permanenties,), de nomenclatuur, het persoonlijk aandeel van de patiënt,). Deze werkgroep zal in juni 2004 aan de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen verslag uitbrengen en concrete uitvoeringsvoorstellen doen.

4. FINANCIERING 2004.

De rubrieken 2 en 3 worden als volgt gefinancierd :

4.1. De indexmassa vermeld in de tabel van punt 2 (68.321 duizend €) laat toe om vanaf 1 januari 2004 de honoraria zoals ze waren vastgesteld op 31 december 2003 lineair te indexeren met 1,38 %, behalve de huisbezoeken van de huisartsen, die geïndexeerd worden met 1,38 % op 1 april 2004.

4.2. 5.750 duizend EUR op jaarbasis, vastgesteld in nota CGV 2003/311, waarin het begrotingsvoorstel voor 2004 van de Regering is opgenomen dat refereert naar de budgettaire middelen die beschikbaar worden door het beperken van het voordeel van het remgeld in het kader van het globaal medisch dossier tot de huisarts die toegang heeft tot de gegevens van het globaal medisch dossier.

4.3. 40.000 duizend EUR op jaarbasis, waarvan 25 % (10.000 duizend EUR) op 1 oktober 2004 ter beschikking wordt gesteld, onder de volgende twee voorwaarden :

— dat dit akkoord geneesheren - ziekenfondsen voor 2004 en 2005 wordt gesloten;

1. dat tegen 1 oktober 2004 kan worden vastgesteld dat de doelstelling is bereikt op het gebied van het oordeelkundig zorggebruik, met name met betrekking tot de volgende klassen van voorgeschreven geneesmiddelen met als prioriteit de antibacteriële middelen (chinolones, associaties van een betalactaam met een betalactamase-inhibitor zoals clavulaanzuur en amoxicilline) en de antihypertensiva (antagonisten van de angiotensine II receptoren (sartanen)). De geneesheren zullen kennis kunnen nemen van de evolutie van de stijging van de volumes van de betrokken geneesmiddelen in bijlage 2.

Tegen 1 september 2004 moet elke huisartsen-LOK minstens één volledige vergadering besteed hebben aan de analyse en discussie van de door de NRKP ter beschikking gestelde individuele feedback over deze onderwerpen. Deze discussie moet worden toegespitst op de vergelijking van het eigen voorschrijfprofiel met de aanbevelingen terzake, en omvat zowel de indicatiestelling als de keuze van de producten, met inbegrip van de economische impact van deze keuze voor de ziekteverzekering. De LOKs kunnen voor het begeleiden van deze discussie een beroep doen op de LOK-animatoren die hiertoe door de wetenschappelijke verenigingen van huisartsen, de universitaire centra of de beroepsorganisaties van geneesheren werden gevormd.

In de loop van de maand september 2004 sturen de LOK-verantwoordelijken een verslag op dat de ondernomen en/of aanbevolen acties omvat.

2. Als op grond van de op 1 oktober 2004 beschikbare gegevens door het Verzekeringscomité een significatieve trendbreuk inzake het gedrag van de voorschrijver wordt vastgesteld, worden de vastgestelde bedragen vrijgemaakt.

— Gelijkaardige procedures en gevolgen zullen worden opgemaakt voor de geneesheren specialisten. De keuze van de onderwerpen per specialisme zal door de NRKP worden bepaald in functie van de relevantie van het onderwerp voor het betrokken specialisme. Onafgezien van de definitieve keuze en timing van de onderwerpen door de NRKP, omvat de lijst van mogelijke thema's deze onderwerpen :

- voorschrift van antibiotica en antihypertensiva;
- pre-operatieve en per-operatieve onderzoeken, met inbegrip van klinisch-biologische onderzoeken, medische beeldvorming en andere onderzoeken die voor of tijdens een heelkundige ingreep worden uitgevoerd;
- beeldvorming in verband met coronaire pathologie;
- gebruik van klinische biologie, o.m. wat betreft levertests en tumormarkers;
- geheel van voorschriften in de follow-up van kankerpatiënten.

De realisatie van deze maatregelen zal permanent door de NCGZ worden opgevolgd.

5. HONORARIA 2005 : HERWAARDERING (BUITEN EVENTUELE INDEXERING).

Vóór 15 december 2004 zal over een selectieve indexering van de honoraria worden onderhandeld. Indien geen enkel akkoord gesloten wordt vóór 15 december 2004, dan zal een lineaire indexering worden toegepast.

Un groupe de travail sera mis sur pied pour examiner la problématique de la médecine d'urgence dans ses différents aspects (notamment, qualification du médecin (en synergie avec la Santé publique), honoraires (entre autres les honoraires forfaitaires pour l'exercice de la permanence), nomenclature, intervention personnelle du patient,). Ce groupe de travail fera rapport à la Commission nationale médico-mutualiste en juin 2004 et lui fera des propositions concrètes à mettre en oeuvre.

4. FINANCEMENT 2004.

Les rubriques 2 et 3 sont financées de la façon suivante :

4.1. la masse d'indexation reprise au tableau du point 2 (68.321 millions €), permet qu'à compter du 1^{er} janvier 2004, les honoraires tels qu'ils étaient fixés au 31 décembre 2003, sont indexés de façon linéaire de 1,38 %, hormis les visites des médecins généralistes qui sont indexées de 1,38 % au 1^{er} avril 2004;

4.2. 5.750 millions € sur base annuelle prévus dans la note CSS 2003/311 comprenant la proposition de budget 2004 du Gouvernement qui fait référence aux moyens budgétaires qui découlent de la limitation de l'avantage du ticket modérateur dans le cadre du dossier médical global au généraliste qui a accès aux données du dossier médical global;

4.3. 40.000 millions € sur base annuelle dont 25 % (10.000 millions €) rendus disponibles pour le 1^{er} octobre 2004, à la double condition que :

— le présent accord médico-mutualiste soit conclu pour 2004 et 2005;

1. Au 1^{er} octobre 2004, il doit pouvoir être constaté que l'objectif est atteint en matière d'utilisation judicieuse des soins, notamment en ce qui concerne les classes suivantes de médicaments prescrits avec une priorité pour les antibactériens (quinolones, associations d'une beta-lactame et d'un inhibiteur des beta-lactamases (acide clavulanique et amoxicilline) et les antihypertenseurs (antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (sartans)). Les médecins pourront prendre connaissance de l'évolution de l'augmentation des volumes des médicaments concernés en annexe 2.

Au 1^{er} septembre 2004, chaque GLEM de médecins généralistes doit avoir consacré au moins une réunion complète à l'analyse et à la discussion du feed-back individuel formulé par le CNPQ sur ces matières. Axée sur la comparaison du profil de prescription propre par rapport aux recommandations en vigueur en la matière, cette discussion porte tant sur l'indication que sur le choix des produits, en ce compris l'incidence économique de ce choix par l'assurance soins de santé. Afin de pouvoir encadrer cette réunion, les GLEM peuvent faire appel aux animateurs GLEM, formés à cette fin par les associations scientifiques des médecins généralistes, les centres universitaires ou les organisations professionnelles de médecins.

Les responsables des GLEM envoient dans le courant du mois de septembre 2004 un rapport contenant les actions prises et/ou recommandées.

2. Si sur base des données disponibles au 1^{er} octobre 2004, le Comité de l'assurance constate sur base des chiffres disponibles, une rupture significative de la tendance en matière de comportement du prescripteur, les montants prévus sont libérés.

— Des procédures et des conséquences similaires seront également appliquées aux médecins spécialistes. Le CNPQ sera chargé de définir le choix des sujets à aborder par spécialité en fonction de l'importance du sujet pour la spécialité concernée. Quels que soient le choix définitif et le calendrier des sujets à aborder par le CNPQ, la liste des thèmes possibles est la suivante :

- prescription d'antibiotiques et d'antihypertenseurs;
- examens pré- et post-opératoires, en ce compris les examens de biologie clinique et l'imagerie médicale ainsi que les autres examens qui sont réalisés avant ou pendant une intervention chirurgicale;
- imagerie médicale en rapport avec la pathologie coronarienne;
- utilisation de la biologie clinique, entre autres en ce qui concerne les tests hépatiques et les marqueurs tumoraux;
- ensemble des prescriptions dans le follow-up des patients cancéreux.

La réalisation de ces mesures sera suivie en permanence par la CNMM.

5. HONORAIRES 2005 : REVALORISATION (HORS INDEXATION EVENTUELLE).

Une indexation sélective des honoraires sera négociée avant le 15 décembre 2004. Si aucun accord n'intervient avant le 15 décembre 2004, une indexation sera linéairement appliquée.

ONTWERPEN	BUDGETTAIRE WEERSLAG 2005 duizend €	BUDGETTAIRE WEERSLAG OP JAARBASIS duizend €
5.1. Huisartsen		
Ontwerp H0405/08 Vanaf 1 april 2005 worden de honoraria voor de raadpleging in het kabinet van de huisarts gebracht op : code 101010 : 11,57 € code 101032 : 16,41 € code 101076 : 19 € code 101054 : 16,42 €	12.442	16.589
Ontwerp H0405/09 Vanaf 1 april 2005 worden de honoraria van de bezoeken gebracht op : code 103110 : 23,99 € code 104672 : 23,99 € code 103132 : 29 € code 104370 : 29 € code 104112 : 23,22 € code 103913 : 29 € code 103316 : 23,22 € code 103515 : 29 €	8.590	11.452
Ontwerp H0405/10 Vanaf 1 december 2005 worden de honoraria voor de raadpleging in het kabinet van een huisarts gebracht op : code 101010 : 12,57 € code 101032 : 17,41 € code 101076 : 20 € code 101054 : 17,42 €	1.868	22.418
Ontwerp H0405/11 Vanaf 1 december 2005 worden de honoraria van de bezoeken gebracht op : code 103110 : 24,99 € code 104672 : 24,99 € code 103132 : 30 € code 104370 : 30 € code 104112 : 24,22 € code 103913 : 30 € code 103316 : 24,22 € code 103515 : 30 €	955	11.452
Ontwerp H0405/12 Vanaf 1 april 2005 worden de honoraria voor het GMD (code 102771) op 20 € gebracht.	2.625	3.500
TOTAAL HUISARTSEN	26.480	65.411
5.2. Specialisten		
Ontwerp H0405/13 De honoraria van de raadplegingen van de geneesheren-specialisten en die van de psychotherapeutische behandelingen volgen hetzelfde schema en genieten van een equivalente verhoging als deze van de huisartsen in 2005.	10.195	27.791
TOTAAL SPECIALISTEN	10.195	27.791
TOTAAL HONORARIA 2005	36.675	93.202

	IMPACT BUDGETTAIRE 2005 en milliers €	IMPACT BUDGETTAIRE SUR BASE ANNUELLE en milliers €
5.1. Médecins généralistes		
Projet H0405/08 A compter du 1 ^{er} avril 2005, les honoraires de consultation au cabinet du médecin généraliste sont portés à code 101010 : 11,57 € code 101032 : 16,41 € code 101076 : 19 € code 101054 : 16,42 €	12.442	16.589

	IMPACT BUDGETAIRE 2005 en milliers €	IMPACT BUDGETAIRE SUR BASE ANNUELLE en milliers €
Projet H0405/09 A compter du 1 ^{er} avril 2005, les honoraires des visites sont portés à code 103110 : 23,99 € code 104672 : 23,99 € code 103132 : 29 € code 104370 : 29 € code 104112 : 23,22 € code 103913 : 29 € code 103316 : 23,22 € code 103515 : 29 €	8.590	11.452
Projet H0405/10 A compter du 1 ^{er} décembre 2005, les honoraires de consultation au cabinet du médecin généraliste sont portés à code 101010 : 12,57 € code 101032 : 17,41 € code 101076 : 20 € code 101054 : 17,42 €	1868	22.418
Projet H0405/11 A compter du 1 ^{er} décembre 2005, les honoraires des visites sont portés à code 103110 : 24,99€ code 104672 : 24,99 € code 103132 : 30 € code 104370 : 30 € code 104112 : 24,22 € code 103913 : 30 € code 103316 : 24,22 € code 103515 : 30 €	955	11.452
Projet H0405/12 A compter du 1 ^{er} avril 2005, l' honoraire pour le DMG (code 102771) est porté à 20 €	2.625	3.500
TOTAL GENERALISTES	26.480	65.411
5.2. Médecins spécialistes		
Projet H0405/13 les honoraires de consultation des médecins spécialistes ainsi que les traitements de psychothérapie suivent le même schéma et bénéficient d'une augmentation équivalente à celle des médecins généralistes en 2005.	10.195	27.791
TOTAL SPECIALISTES	10.195	27.791
TOTAL HONORAIRES 2005	36.675	93.202

6. FINANCIERING 2005.

Rubriek 5 wordt gefinancierd voorzover de voor 2005 ter beschikking gestelde middelen dat mogelijk maken.

7. PERSOONLIJK AANDEEL VAN DE PATIENT.

De NCGZ nodigt een werkgroep van de Administratie uit om uiterlijk op 1 oktober 2004 voorstellen voor te leggen aangaande de vereenvoudiging en de harmonisering van de wetgeving en reglementering inzake het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden op de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor de bezoeken en raadplegingen. Daarbij zal met name een onderzoek gewijld worden aan de toepassingsproblemen voortvloeiend uit artikel 37bis, § 1bis van de GVV-wet en uit artikel 10, tweede lid, tweede littera, van het K.B. van 23 maart 1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen, wat betreft de accrediteringssupplementen. Die maatregelen zullen moeten worden genomen zonder de globale financiële massa te verhogen en zonder de globale financiële toestand van de patiënten te verzwaken. Zij zullen eveneens een vereenvoudiging voorstellen in de door de verzekeringsinstellingen gehanteerde tarifiering.

8. KLINISCHE BIOLOGIE EN MEDISCHE BEELDVORMING.

8.1. De NCGZ stelt voor de globale begroting van de financiële middelen van de medische beeldvorming voor 2004 op 853.125 duizend € vast te stellen.

8.2. De NCGZ stelt voor de globale begroting van de financiële middelen van de klinische biologie voor 2004 op 884.007 duizend € vast te stellen.

6. FINANCEMENT 2005.

La rubrique 5 est financée pour autant que les moyens financiers mis à disposition pour 2005 le permettent.

7. INTERVENTION PERSONNELLE DU PATIENT.

La CNMM invite un groupe de travail de l'Administration à lui soumettre des propositions au plus tard le 1^{er} octobre 2004, concernant la simplification et l'harmonisation de la législation et la réglementation en matière d'intervention personnelle des bénéficiaires de l'assurance soins de santé obligatoire pour les visites et consultations. Dans ce cadre seront notamment examinés les problèmes d'application découlant de l'article 37bis, § 1^{er}bis de la loi SSI et de l'article 10, alinéa 2, littéra 2 de arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations, en ce qui concerne les suppléments d'accréditation. Ces propositions devront se faire sans augmenter la masse financière globale et sans aggraver la situation financière globale des patients. Elles proposeront également une simplification de la tarification effectuée par les organismes assureurs.

8. BIOLOGIE CLINIQUE ET IMAGERIE MEDICALE.

8.1. La CNMM propose de fixer le montant du budget global des moyens financiers de l'imagerie médicale pour 2004 à 853.125 milliers €.

8.2. La CNMM propose de fixer le montant du budget global des moyens financiers de la biologie clinique pour 2004 à 884.007 milliers €.

8.3. Een Werkgroep zal tegen 1 juli 2004 een verslag indienen om de procedures betreffende het opnemen van de algebraïsche verschillen die in de artikelen 59 en 69 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 zijn omschreven, te vereenvoudigen.

9. GLOBAAL MEDISCH DOSSIER EN SAMENWERKING TUSSEN HUISARTSEN EN GENEESHEREN-SPECIALISTEN.

9.1. De jaarlijkse basisvergoeding voor de geaccrediteerde huisartsen als tussenkomst in de administratieve uitgaven verbonden aan het beheer van een globaal medisch dossier bedraagt in 2004 [125 € + indexering met 1,38 % = 126,73 €].

De NCGZ belast een werkgroep onder leiding van de Voorzitter van de NCGZ vóór 1 juli 2004 het systeem van het GMD te evalueren en voorstellen te formuleren met betrekking tot :

- de inhoud van het GMD;
- een optimalisering van het gebruik van het GMD, onder meer wat betreft de gegevensregistratie (curatief en preventief), depistage en inzake goede praktijk;
- de uitwisseling van gegevens tussen huisartsen en geneesheren-specialisten : resultaten van onderzoeken en behandelingen, opsporing en voorkoming van bepaalde aandoeningen, opvolging van bepaalde chronische aandoeningen;
- het integreren van actuele maatregelen betreffende sommige types van chronische aandoeningen (bijv. : diabetes).

Op basis van de voorstellen van de werkgroep kan de NCGZ vragen aan de NRKP aanbevelingen te richten aan de artsen betreffende het GMD.

9.2. De NCGZ is overtuigd van de noodzaak om de samenwerking tussen huisartsen en specialisten te versterken. Zij belast een werkgroep om tegen 30 september 2004 voorstellen te formuleren met een eerste toepassing vanaf 1 januari 2005 over volgende varianten :

- Het gebruik van het GMD als essentieel instrument van de huisarts op het vlak van de gegevensuitwisseling met de geneesheren-specialisten en de meerwaarde hiervan voor de patiënt;
- De uitvoering van art. 36 § 1, 3e lid van de GVV-wet, in het bijzonder wat betreft de spoedgeneeskunde en de chronisch zieken;
- Andere vormen van samenwerking en uitwisseling die geen budgettair effect hebben;
- De mogelijkheid van een speciaal honorerings- en terugbetalings-systeem met het oog op het verbeteren van diverse samenwerkingsvormen tussen huisartsen en geneesheren-specialisten, bijvoorbeeld :
 - een verwijshonorarium;
 - een gemoduleerde terugbetaling;
 - een specifiek honorarium voor de geneesheer-specialist voor de globale tenlasteneming (met inbegrip van een omstandig verslag aan de huisarts);
 - incentives voor de patiënt die na de oppuntstelling door de geneesheer-specialist terug zijn huisarts raadpleegt.

De werkgroep is paritair samengesteld uit leden die de verzekering-sinstellingen vertegenwoordigen en leden die de representatieve artsenorganisaties vertegenwoordigen. De bank van de artsenorganisaties is paritair samengesteld uit huisartsen en geneesheren-specialisten. De voorstellen die goedgekeurd worden door een meerderheid van elke groep van de artsenbank worden voorgelegd aan de NCGZ.

Voor de realisatie van de door de NCGZ goedgekeurde voorstellen zal zo nodig voor 2005 een geëigend budget worden vastgesteld, nodig voor een selectieve toepassing van deze structurele maatregel.

9.3. De NCGZ zal een werkgroep oprichten voor de integratie van de forfaitaire tegemoetkomingen GMD, EMDMI en eventuele andere praktijkvergoedingen, met het oog op het verhogen van de efficiëntie ervan.

10. ACCREDITERING.

10.1. Het forfaitair accrediteringshonorarium wordt geïndexeerd op 1 januari 2004 (535,05 €).

10.2. Dit akkoord verwijst voor dit punt naar het Nationaal akkoord geneesheren-ziektenfondsen van 17 februari 1997 (*Belgisch Staatsblad* van 17 maart 1997).

De NCGZ belast de Accrediteringsstuurgroep met het evalueren van het globale accrediteringssysteem en met het formuleren van voorstellen ter optimalisering ervan, in het bijzonder wat betreft de continue navorming en de werking van de paritaire comités. Voor het welslagen van de realisatie van deze voorstellen dringt de NCGZ er bij de bevoegde instanties op aan dat voor de werking van de accrediterings-organen een adequaat financieringssysteem zou worden uitgewerkt op basis van artikel 36bis, § 1, laatste lid van de GVV-wet en dat daarvoor de nodige financiële middelen zouden worden ter beschikking gesteld.

8.3. Un Groupe de travail déposera pour le 1^{er} juillet 2004, un rapport en vue de simplifier les procédures concernant l'incorporation des différences algébriques décrites aux articles 59 et 69 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

9. DOSSIER MEDICAL GLOBAL ET COLLABORATION ENTRE MEDECINS GENERALISTES ET MEDECINS SPECIALISTES

9.1. L'indemnisation annuelle de base en faveur du médecin généraliste accrédité en tant qu'intervention dans les frais d'administration liés à la gestion du dossier médical global s'élève pour 2004 à [125 € + indexation de 1,38 % = 126,73 €].

La CNMM charge un groupe de travail conduit par le Président de la CNMM d'évaluer le système du DMG et de formuler, avant le 1^{er} juillet 2004, des propositions ayant trait :

- au contenu du DMG;
- une optimisation de l'emploi du DMG, entre autres en ce qui concerne l'enregistrement de données (curatives et préventives), le dépistage et en matière de bonnes pratiques;
- l'échange de données entre les médecins généralistes et les médecins-spécialistes : résultats des examens et des traitements, dépistage et prévention de certaines affections, suivi d'affections chroniques déterminées;
- l'intégration de mesures actuelles concernant certains types de pathologies chroniques (ex. : diabète).

Sur base des propositions du groupe de travail, la CNMM peut demander au CNPQ d'adresser des recommandations aux médecins concernant le DMG.

9.2. La CNMM est convaincue de la nécessité de renforcer la collaboration entre les médecins généralistes et les médecins spécialistes. Elle charge un groupe de travail de formuler des propositions pour le 30 septembre 2004, avec une première application à partir du 1^{er} janvier 2005, à propos des variantes suivantes :

- l'utilisation du DMG comme instrument essentiel du médecin généraliste en ce qui concerne l'échange des données avec les médecins spécialistes et sa plus-value pour le patient;
- la mise en oeuvre de l'article 36, § 1^{er}, alinéa 3, de la loi SSI, en particulier en ce qui concerne la médecine d'urgence et les malades chroniques;
- autres formes de collaboration et échanges qui n'ont pas d'effet budgétaire;
- la possibilité d'un système spécial d'honoraires et de remboursement en vue de l'amélioration de diverses formes de collaboration entre médecins généralistes et médecins spécialistes, par exemple :
 - les honoraires de référence;
 - le remboursement modulé;
 - un honoraire spécifique pour le médecin spécialiste pour la prise en charge globale(y compris un rapport circonstancié au médecin généraliste);
 - incitants pour le patient qui consulte son médecin généraliste après la mise au point par le médecin spécialiste.

Le groupe de travail est composé paritairment de membres représentant les organismes assureurs et de membres représentant les organisations représentatives de médecins. Le banc des organisations de médecins est composé paritairment de médecins généralistes et de médecins spécialistes. Les propositions qui sont approuvées par une majorité de chacun des groupes du banc médical sont soumises à la CNMM.

Pour la réalisation des propositions approuvées par la CNMM, un budget adapté sera fixé si nécessaire pour 2005, pour une application sélective de cette mesure structurelle.

9.3. La CNMM créera un groupe de travail pour l'intégration des allocations forfaitaires DMG, EMDMI et d'éventuelles autres indemnités de pratiques, dans le but d'améliorer leur efficacité.

10. ACCREDITATION.

10.1. L'honoraire forfaitaire d'accréditation est indexé au 1^{er} janvier 2004 (535, 05€).

10.2. Le présent accord se réfère pour ce point à l'Accord national médico-mutualiste du 17 février 1997 (*Moniteur belge* du 17 mars 1997).

La CNMM charge le Groupe de Direction de l'Accréditation de l'évaluation du système global d'accréditation et de la formulation de propositions tendant à son optimisation, en particulier en ce qui concerne la formation continuée et le fonctionnement des Comités paritaires. Pour la bonne réussite de la réalisation de ces propositions, la CNMM presse les instances compétentes de développer – sur base de l'article 36bis, § 1^{er}, dernier alinéa de la loi soins de santé obligatoire - un système de financement adéquat en faveur des organes d'accréditation et pour ce faire, de mettre à disposition les moyens financiers nécessaires.

11. SOCIAAL STATUUT.

11.1. De NCGZ dringt er bij de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid op aan dat het koninklijk besluit van 31 maart 1983 tot instelling van een regeling voor sociale voordelen voor sommige geneesheren zo wordt aangepast dat een geneesheer die arbeidsongeschikt wordt in de loop van een jaar waarvoor hij het akkoord niet heeft geweigerd, verder kan blijven genieten van de sociale voordelen, niet alleen voor dat jaar, maar ook voor elk jaar waarin hij arbeidsongeschikt blijft, en dit in overeenstemming met wat momenteel reeds is voorzien in het koninklijk besluit van 18 januari 1971 tot instelling van een regeling van sociale voordelen voor sommige tandheelkundigen.

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

1° het bedrag van het sociaal statuut voor het jaar 2004 wordt vastgesteld op 3046,80 € voor de geneesheren die van rechtswege geacht worden tot onderhavig akkoord te zijn toetreden voor hun volledige beroepsactiviteit;

2° het bedrag van het sociaal statuut voor het jaar 2004, wordt vastgesteld op 1803,81 € voor de geneesheren die binnen de dertig dagen na de bekendmaking van dit akkoord in het *Belgisch Staatsblad* aan de NCGZ de voorwaarden inzake tijd en plaats hebben meegegeeld waaronder zij overeenkomstig de bedingen van dit akkoord de daarin vastgestelde honorariumbedragen respectievelijk wel en niet zullen toepassen, en waarbij de beroepsactiviteit uitgeoefend overeenkomstig de bedingen van het akkoord aan de volgende minima beantwoordt :

— voor de huisartsen :

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

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

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

- ofwel tenminste vijftiengint uren per week;

- ofwel tenminste drie vierde van de beroepsactiviteit;

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

- ofwel raadplegingen in de spreekkamer die ten minste twintig uren per week omvatten;

- ofwel raadplegingen in de spreekkamer die ten minste drie vierde van de beroepsactiviteit omvatten.

De NCGZ zal haar advies met betrekking tot de bedragen van het sociaal statuut voor 2005 uitbrengen vóór 30 juni 2004.

De NCGZ dringt er sterk bij de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid op aan dat het koninklijk besluit tot vaststelling van de bedragen voor het jaar 2004 en voor het jaar 2005 zo snel mogelijk en uiterlijk op 30 juni 2004 en 30 juni 2005 in het *Belgisch Staatsblad* zouden worden bekendgemaakt.

11.3. De NCGZ belast een werkgroep met het onderzoeken van de mogelijkheid tot het instellen van gelijksoortige voordelen in het kader van het sociaal statuut.

12. INWERKINGSTELLING ARTIKEL 50, § 2 W140794.

Opdat de beslissingen binnen de Nationale commissie geneesherenziekenfondsen geldig verworven zijn, moeten een aantal aangelegenheden eveneens de goedkeuring hebben van de helft van de leden die zetelen als algemeen geneeskundige of als geneesheer-specialist.

Het gaat om aangelegenheden die enkel de huisartsen respectievelijk de specialisten aangelangen, zoals de integratie van de forfaitaire vergoedingen, de beschikbaarheidshonoraria, de financiering van de huisartsenkringen, het stimuleren van de samenwerking tussen huisartsen, de wijzigingen van de nomenclatuur voorbehouden aan de algemeen geneeskundigen, de wijzigingen van de nomenclatuur voorbehouden aan de geneesheren-specialisten, enz.

De precieze omschrijving van deze aangelegenheden dient, conform artikel 50, § 2, van de wet, opgenomen te worden in het huishoudelijk reglement van de commissie NCGZ en, na goedkeuring door de NCGZ, aan de Koning ter goedkeuring worden voorgelegd.

13. DERDEBETALERSREGELING.

13.1. De facultatieve derdebetalersregeling is op hun verzoek toegankelijk voor de geneesheren die niet tot het akkoord zijn toetreden 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 verstrekingen die gedekt zijn door de derdebetalersregeling.

13.2. De NCGZ adviseert aan de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid het koninklijk besluit van 10 oktober 1986 tot uitvoering van artikel 53, achtste lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, in 2004 te wijzigen zodat de derdebetalersregeling kan worden toegepast voor de prestaties met codenummers 102410, 102432, 104230, 104252 en 104274.

11. STATUT SOCIAL.

11.1. La CNMM presse le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique d'adapter l'arrêté royal du 31 mars 1983 instituant un régime d'avantages sociaux pour certains médecins en ce sens qu'un médecin qui se trouve en incapacité de travail dans le courant d'une année pour laquelle il n'a pas refusé d'adhérer à l'accord, peut continuer à bénéficier des avantages sociaux, non seulement pour cette année mais aussi pour chaque année où il reste en incapacité de travail, et ceci en concordance avec ce qui est déjà prévu pour le moment dans l'arrêté royal du 18 janvier 1971 instituant un régime d'avantages sociaux pour les dentistes.

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

1° le montant du statut social pour l'année 2004 est fixé à 3.046,80 € pour les médecins qui sont réputés de plein droit avoir adhéré au présent accord pour leur activité professionnelle complète;

2° le montant du statut social pour l'année 2004 est fixé à 1.803,81 € pour les médecins qui ont, dans les trente jours qui suivent la publication de cet accord au *Moniteur belge*, communiqué à la CNMM les conditions de temps et de lieu selon lesquelles, conformément aux clauses dudit accord, ils appliqueront ou non les montants d'honoraires qui y sont fixés, et dont l'activité professionnelle exercée conformément aux clauses de l'accord correspond aux minima suivants :

— pour les médecins de médecine générale :

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

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

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

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

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

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

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

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

La CNMM émettra son avis concernant les montants du statut social 2005 avant le 30 juin 2004.

La CNMM insiste fortement auprès du Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur le fait que l'arrêté royal fixant les montants pour l'année 2004 et pour l'année 2005 soit publié le plus vite possible et au plus tard le 30 juin 2004 et le 30 juin 2005 dans le *Moniteur belge*.

11.3. La CNMM charge un groupe de travail d'examiner la possibilité d'instaurer des avantages comparables dans le cadre du statut social.

12. MISE EN OEUVRE DE L'ARTICLE art.50, § 2 L140794.

Pour que les décisions soient acquises valablement au sein de la CNMM, un nombre de points doivent également avoir l'approbation de l'assemblée des membres qui siègent en qualité de médecin généraliste ou de médecin spécialiste.

Il s'agit de points qui intéressent exclusivement soit les médecins généralistes, soit les spécialistes, tels que l'intégration des honoraires forfaitaires, les honoraires de disponibilité, le financement des cercles de médecins généralistes, la stimulation de la collaboration entre médecins généralistes, les modifications de la nomenclature réservée aux médecins généralistes, les modifications de la nomenclature réservée aux médecins spécialistes, etc.

Le description précise de ces points doit, conformément à l'article 50, § 2, de la loi, être reprise dans le règlement d'ordre intérieur de la CNMM et, après approbation par la CNMM, être soumise à l'approbation du Roi.

13. TIERS-PAYANT.

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

13.2. La CNMM donne comme avis au Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, de modifier en 2004 ou 2005, l'arrêté royal du 10 octobre 1986 portant exécution de l'article 53, alinéa 8, de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, de façon que le régime du tiers payant puisse être appliqué pour les prestations avec les n°s de codes 102410, 102432, 104252 et 104274.

14. CORRECTIEMAATREGELEN.

14.1. Zodra de partiële begrotingsdoelstelling overschreden wordt of dreigt overschreden te worden in de zin van de bepalingen van het koninklijk besluit van 5 oktober 1999 tot uitvoering van artikel 51, § 4, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, zullen een of meer correctiemaatregelen van de volgende niet-limitatieve lijst worden toegepast afhankelijk van de analyse van de vastgestelde uitgaven en uitsluitend op voorstel van de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen, met name :

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

— de voorschrijver meer bewust maken met het oog op een doelgerichter voorschrijfgedrag;

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

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

— en/of evenredige selectieve vermindering van de honoraria voor bepaalde diagnostische verstrekkingen.

De NCGZ verbindt zich ertoe de voormelde correctiemaatregelen te concretiseren tijdens het 1e semester van 2004.

Indien de partiële begrotingsdoelstelling van een rubriek op grond van de uitgaven van het eerste semester 2004 wordt overschreden en er geen concrete correctiemaatregelen uit de niet-limitatieve lijst worden toegepast met onmiddellijke ingang, besluit de NCGZ voor honoraria van de verstrekkingen uit de betrokken rubriek(en) de voor 2005 voorziene indexaanpassing niet, slechts gedeeltelijk of laatijdig toe te passen.

14.2. Indien de voormelde correctiemechanismen ontoereikend zijn of niet worden toegepast of indien de correctiemaatregelen die worden vermeld in artikel 51, § 3, van de voormelde wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen niet te gelegener tijd worden genomen of ontoereikend zijn, wordt een automatische vermindering toegepast die onmiddellijk van toepassing is op de honoraria of andere bedragen of vergoedingsstarieven in geval van een beduidende overschrijding of een risico op beduidende overschrijding van de jaarlijkse partiële begrotingsdoelstelling, volgens de regels die zijn vastgesteld in de leden 5 tot 7 van het voormelde artikel 51, § 2.

15. OPDRACHTEN, PROJECTEN EN AANBEVELINGEN.

15.1. De Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen neemt met genoegen akte van de beslissing van de representatieve organisaties van de geneesheren om de betrokken geneesheren aan te bevelen de in het akkoord bedongen honoraria vanaf 1 januari 2004 in acht te nemen, nog vóór het akkoord in werking is getreden.

15.2. De Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen beveelt de geneesheren die niet tot het akkoord toetreden, aan de honoraria die voortvloeiën uit het akkoord, in acht te nemen ten aanzien van de rechthebbenden die de voorkeurregeling genieten, de patiënten die recht hebben op de MAF en de chronisch zieken.

15.3. De NCGZ beveelt de geneesheren die toetreden tot het akkoord, aan de bepalingen van dit akkoord die de honoraria regelen eveneens toe te passen op de verstrekkingen opgesomd in artikel 34 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 en die niet zijn vermeld in artikel 1 van het koninklijk besluit van 29 december 1997 op de ziekteverzekering voor zelfstandigen, helpers en niet bezoldigde leden van de kloostergemeenschappen die toetreden zijn tot een dienst voor geneeskundige verzorging, georganiseerd krachtens het artikel 27bis van de wet van 6 augustus 1990 op de ziekenfondsen en landsbonden van de ziekenfondsen.

15.4. Onverminderd punt 4.3. zal de NCGZ een werkgroep belasten met het opmaken van structurele maatregelen die een structurele beheersing van de uitgaven toelaten.

15.5. De NCGZ beveelt de toezienende overheid aan het koninklijk besluit van 10 juni 1991 (*Belgisch Staatsblad* van 14 juni 1991) te herzien opdat in de berekening van de overschrijding of van het risico van overschrijding van de partiële begrotingsdoelstelling en bijgevolg van eventuele correctiemaatregelen de uitgaven betreffende de verstrekkingen op hun verstrekingsdatum en niet meer op hun boekingsdatum in aanmerking worden genomen.

Tevens beveelt de NCGZ aan de toezienende overheid aan de artikelen 59 en 69 van de GVV-wet zo te wijzigen dat voor de toepassing van deze bepalingen de uitgaven betreffende de verstrekkingen op hun verstrekingsdatum en niet meer op hun boekingsdatum in aanmerking worden genomen.

14. MESURES DE CORRECTION.

14.1 Dès que l'objectif budgétaire partiel est dépassé ou risque d'être dépassé au sens des dispositions de l'arrêté royal du 5 octobre 1999 portant exécution de l'article 51, § 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, une ou plusieurs des mesures de correction de la liste non limitative qui suit, devront s'appliquer, en fonction de l'analyse des dépenses constatées et exclusivement sur proposition de la Commission nationale médico-mutualiste, à savoir :

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

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

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

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

— et/ou diminution proportionnelle et sélective des honoraires de certaines prestations diagnostiques.

La CNMM s'engage à concrétiser durant le 1^{er} semestre de 2004 les mesures de correction susvisées.

Lorsque l'objectif budgétaire partiel d'une rubrique est dépassé sur la base des dépenses relatives au premier semestre 2004 et qu'aucune mesure concrète de correction figurant sur la liste non limitative n'est appliquée avec effet immédiat, la CNMM décide, pour les honoraires relatifs aux prestations relevant de la (des) rubrique(s) concernée(s), de ne pas appliquer l'indexation prévue pour 2005 ou de l'appliquer soit partiellement, soit tardivement.

14.2. En cas d'insuffisance des mécanismes de correction susvisés ou en cas de non-application de ces mécanismes ou si les mesures de correction mentionnées à l'article 51, § 3, de la loi relative à l'assurance soins de santé obligatoire précitée, ne sont pas prises en temps utile ou sont insuffisantes, il est appliqué une réduction automatique et immédiatement applicable des honoraires ou autres montants ou des tarifs de remboursement en cas de dépassement significatif ou risque de dépassement significatif de l'objectif annuel partiel, selon les règles fixées aux alinéas 5 à 7 de l'article 51, § 2, susvisé.

15. MISSIONS, PROJETS ET RECOMMANDATIONS.

15.1. La Commission nationale médico-mutualiste prend acte avec plaisir de la décision des organisations représentatives du Corps médical de recommander aux médecins concernés le respect, à partir du 1^{er} janvier 2004, des honoraires prévus par l'accord avant même la mise en vigueur de ce dernier.

15.2. La Commission nationale médico-mutualiste recommande aux médecins qui n'adhèrent pas à l'accord, de respecter les honoraires résultant de l'accord vis-à-vis des bénéficiaires jouissant du régime préférentiel, des patients ayant droit au MAF et des malades chroniques.

15.3. La CNMM recommande aux médecins qui adhèrent à l'accord, d'appliquer les dispositions du présent accord qui régissent les honoraires également aux prestations énumérées à l'article 34 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et qui ne sont pas mentionnées à l'article 1^{er} de l'arrêté royal du 29 décembre 1997 sur l'assurance soins de santé des indépendants, pour les travailleurs indépendants, les aidants et les membres non rémunérés des communautés religieuses qui se sont affiliés à un service de soins de santé en vertu de l'article 27bis de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités.

15.4. Sans préjudice du point 4.3., la CNMM charge un groupe de travail d'élaborer des mesures structurelles qui permettent une maîtrise structurelle des dépenses.

15.5. La CNMM recommande à l'autorité de tutelle de revoir l'arrêté royal du 10 juin 1991 (*Moniteur belge* du 14 juin 1991) pour prendre en considération dans le calcul du dépassement ou du risque de dépassement de l'objectif budgétaire partiel et par conséquent d'éventuelles mesures de correction, les dépenses concernant les prestations à leur date de réalisation et non plus à leur date de comptabilisation.

La CNMM recommande également à l'autorité de tutelle de modifier les articles 59 et 69 de la loi SSI de façon que pour l'application de ces dispositions les dépenses pour les prestations soient prises en considération à leur date de réalisation et non plus à leur date de comptabilisation.

15.6. De NCGZ beveelt de toeziende overheid aan het ontwerp-artikel dat de wettelijke basis verzekert van de financiering van de werking van de representatieve artsenorganisaties en dat opgenomen is in de programmawet die wordt voorbereid, te laten goedkeuren. Zij beveelt aan, zodra zulks mogelijk is, een koninklijk besluit terzake op te stellen dat de uitvoering van de wettekst verzekert.

15.7. De NCGZ beveelt de toeziende overheid aan dat de toepassing van artikel 225 van de programmawet (I) van 24 december 2002 in de praktijk ook geldt voor 2004 en 2005.

15.8. De NCGZ zal een werkgroep oprichten die de haalbaarheid van een procedure voor elektronische stemming voor de verkiezingen 2006 zal onderzoeken.

15.9. De NCGZ zal aan de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid vragen er bij de Minister van Arbeid op aan te dringen aan de artsen een samenwerkingsvorm voor te stellen gelijkaardig aan die voorzien in de wet van 12 augustus 2000 houdende sociale bepalingen en het koninklijk besluit van 15 juli 2002 dat deze wet uitvoert.

15.10. De NCGZ beveelt de voogdij-overheid aan de financiële middelen voor de forfaitaire tegemoetkoming inzake dialyse onder te brengen bij de honoraria voor de geneesheren.

15.11. De NCGZ beveelt de voogdij-overheid aan om het nodige te doen opdat voor een reeks disciplines van de specialistische geneeskunde door het R.I.Z.I.V. in nauw overleg met het Directoraat-generaal gezondheidsberoepen medische bewaking en welzijn op het werk van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedingsketen en Leefmilieu tegen 1 november 2004 aparte identificatienummers zouden worden ingevoerd.

16. TOEPASSINGSVOORWAARDEN VAN HET AKKOORD.

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

16.2. Huisartsen.

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

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

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

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

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

16.2.4. de raadplegingen volgens afspraak, buiten de in het vorige lid bedoelde raadplegingen of die de normale gang ervan verstoren.

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

16.3. Geneesheren-specialisten.

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

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

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

15.6. La CNMM recommande à l'autorité de tutelle de faire adopter le projet d'article assurant la base légale du financement du fonctionnement des organisations médicales représentatives et figurant dans la loi-programme en préparation. Elle recommande que soit pris dès que possible un arrêté royal en la matière assurant l'exécution du texte légal.

15.7. La CNMM recommande à l'Autorité de tutelle l'application en pratique en 2004 et 2005, de l'article 225 de la loi-programme (I) du 24 décembre 2002.

15.8. La CNMM mettra sur pied un groupe de travail qui examinera la faisabilité d'une procédure de votes électroniques pour les élections de 2006.

15.9. La CNMM demandera au Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique de presser le Ministre du Travail de proposer aux médecins une formule de collaboration analogue à celle prévue dans la loi du 12 août 2000 portant des dispositions sociales et l'arrêté royal du 15 juillet 2002 pris en exécution de cette loi.

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

15.11. La CNMM recommande à l'Autorité de tutelle de faire le nécessaire afin que pour le 1^{er} novembre 2004, pour une série de disciplines de médecine spécialisée, des numéros d'identification séparés soient introduits par l'INAMI en concertation étroite avec le Directeur général des professions de la santé, surveillance médicale et bien-être au travail du Service Fédéral de la Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement.

16. CONDITIONS D'APPLICATION DE L'ACCORD.

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

16.2. Médecins de médecine générale.

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

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

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

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

16.2.3. 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;

16.2.4. les consultations données sur rendez-vous en dehors des consultations prévues à l'alinéa précédent ou perturbant leur déroulement normal.

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

16.3. Médecins spécialistes.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

— hetzij 55.430,5 € per gezin, verhoogd met 1.847 € per persoon ten laste, wanneer er maar één gerechtigde is;

— hetzij 36.953 € per gerechtigde, verhoogd met 1.847 € per persoon ten laste, wanneer er verscheidene gerechtigden zijn.

16.5. De NCGZ belast een werkgroep met een herschrijven van dit punt. Teneinde artsen en patiënten een duidelijker inzicht te verschaffen in hun wederzijdse rechten en plichten moeten de omstandigheden waaronder de in het akkoord afgesproken tarieven gelden duidelijker worden omschreven. Hierbij moet onder meer bijzondere aandacht besteed worden aan :

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

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

— het verduidelijken dat de gedeeltelijke toetreding van geneesheren-specialisten die hun activiteit uitoefenen in het ziekenhuis, niet beperkt mag blijven tot de speciale verstrekkingen die zij verlenen tijdens hun ziekenhuisactiviteit, maar ook betrekking moet hebben op hun raadplegingen, al dan niet verleend in het kader van hun ziekenhuisactiviteit.

17. GESCHILLENBEMIDDELING.

De NCGZ is bevoegd voor de bemiddeling van de geschillen die zich kunnen voordoen naar aanleiding van de interpretatie of de uitvoering van de akkoorden. Ze kan in de geschillen inzake de interpretatie van de nomenclatuur bemiddelen nadat ze het advies van de Technisch geneeskundige raad heeft ingewonnen.

18. DUUR VAN HET AKKOORD.

18.1. Dit akkoord wordt voor een periode van twee jaar gesloten (namelijk van 1 januari 2004 tot 31 december 2005).

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

18.2.1. door één van de partijen :

18.2.1.1. voor 1 december 2004 als ze van oordeel is dat de bijkomende financiële middelen die zijn toegewezen voor het volgende begrotingsjaar onmiskenbaar ontoereikend zijn om de goede uitvoering van het akkoord te waarborgen.

Onverminderd punt 18.2.1.4., treedt die gemotiveerde opzegging, die het bewijs levert van het onmiskenbare tekort aan middelen, op 1 januari 2005 in werking.

18.2.1.2. binnen 30 dagen na de bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad* van correctiemaatregelen zoals bedoeld in § 8 van het artikel 50 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

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

Deze opzegging is van toepassing vanaf de datum van inwerking-treding van de voormelde correctiemaatregelen.

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

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

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

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

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

16.4. 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 55.430,5 € par ménage, augmentés de 1.847 € par personne à charge, lorsqu'il n'y a qu'un seul titulaire;

— soit 36.953 € par titulaire, augmentés de 1.847 € par personne à charge, lorsqu'il y a plusieurs titulaires.

16.5. La CNMM charge un groupe de travail de réécrire ce point. En vue de donner aux médecins et aux patients, entre autres, une meilleure idée de leurs droits et obligations réciproques, il importe de définir de manière plus précise les conditions dans lesquelles sont applicables les tarifs conclus dans l'accord. Dans ce cadre, il y a lieu de prêter particulièrement attention aux points suivants :

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

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

— la précision selon laquelle l'adhésion partielle des médecins spécialistes qui exercent leur activité à l'hôpital ne peut rester limitée aux prestations spéciales qu'ils dispensent pendant leur activité à l'hôpital mais doit également avoir trait à leurs consultations, dispensées ou non dans le cadre de leur activité à l'hôpital.

17. CONCILIATION DE CONTESTATIONS.

La CNMM est compétente pour concilier les contestations qui peuvent surgir à propos de l'interprétation ou de l'exécution des accords. Elles peuvent concilier des contestations quant à l'interprétation de la nomenclature après avoir pris l'avis du Conseil technique médical.

18. DUREE DE L'ACCORD.

18.1. Le présent accord est conclu pour une période de deux ans (soit du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2005).

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

18.2.1. par une des parties :

18.2.1.1. avant le 1^{er} décembre 2004 si elle estime que les moyens financiers complémentaires octroyés pour l'année budgétaire qui suit, ne sont manifestement pas suffisants pour garantir la bonne exécution de l'accord.

Sans préjudice du point 18.2.1.4., cette dénonciation motivée et apportant la preuve du caractère manifeste de l'insuffisance des moyens, produit ses effets au 1^{er} janvier 2005.

18.2.1.2. dans les 30 jours suivant la publication au *Moniteur belge*, de mesures de corrections visées au § 8 de l'article 50 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

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

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

18.2.1.3. De bepalingen van dit akkoord zijn van toepassing op alle verstrekkingen die op 31 december 2003 in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen zijn vermeld, met inbegrip evenwel van de in punt 3 bedoelde wijzigingen vanaf de datum van hun inwerkingtreding. Wanneer de aldus omschreven nomenclatuur door de overheid eenzijdig gewijzigd wordt in 2004 of 2005 ondanks de aanbeveling vermeld in punt 15.7., is het akkoord vanaf de inwerkingtreding van deze wijziging niet meer van toepassing op de gewijzigde bepalingen van de nomenclatuur, tenzij deze wijziging de goedkeuring heeft bekomen van de NCGZ.

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

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

18.2.2. door een geneesheer :

18.2.2.1. vóór 1 november 2004.

Die opzegging is van toepassing vanaf 1 januari 2005.

18.2.2.2. binnen 30 dagen na de bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad* van correctiemaatregelen zoals bedoeld in § 8 van het artikel 50 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

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

Die opzegging is van toepassing vanaf de datum van inwerkingtreding van de voormelde correctiemaatregelen.

19. FORMALITEITEN

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

In die brief moet het volgende staan :

Ik, ondergetekende,

Naam en voornaam :

Volledig adres :

Hoedanigheid :

Algemeen geneeskundige/geneesheer-specialist voor

..... (doorhalen wat niet past)

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

verklaar dat ik weiger toe te treden tot de bedingen van het op 15 december 2003 gesloten Nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen

Datum :

Handtekening :

19.2. De andere geneesheren dan die welke, overeenkomstig de bepalingen die zijn vermeld onder 19.1., kennis hebben gegeven van hun weigering tot toetreding tot de bedingen van het akkoord dat op 15 december 2003 in de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen is gesloten, worden ambtshalve geacht tot dit akkoord te zijn toegetreden voor hun volledige beroepsactiviteit, behalve als zij, binnen dertig dagen na de bekendmaking van dit akkoord in het *Belgisch Staatsblad*, de voorwaarden inzake tijd en plaats hebben meegedeeld waaronder zij, overeenkomstig de bedingen van dit akkoord :

a) de honorariumbedragen zullen toepassen die daarin zijn vastgesteld;

18.2.1.3. Les dispositions du présent accord s'appliquent à toutes les prestations qui sont reprises à la nomenclature des prestations de santé le 31 décembre 2003, y compris les modifications mentionnées au point 3 à partir de la date de leur entrée en vigueur. Si la nomenclature ainsi décrite est modifiée unilatéralement par l'Autorité en 2004 ou 2005 malgré la recommandation reprise au point 15.7., l'accord n'est plus d'application pour les dispositions modifiées de la nomenclature à partir de la date d'entrée en vigueur de cette modification, sauf si cette modification a obtenu l'approbation de la CNMM.

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

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

18.2.2. par un médecin :

18.2.2.1. avant le 1^{er} novembre 2004.

Cette dénonciation produit ses effets au 1^{er} janvier 2005.

18.2.2.2. dans les 30 jours suivant la publication au *Moniteur belge*, de mesures de corrections visées au § 8 de l'article 50 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

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

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

19. FORMALITES

19.1. Les médecins qui refusent d'adhérer aux termes du présent accord notifient leur refus, dans les trente jours qui suivent la publication de cet accord au *Moniteur belge*, par lettre recommandée à la Poste, adressée à la Commission nationale médico-mutualiste, dont le siège est établi au Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, avenue de Tervuren 211, à 1150 Bruxelles.

Cette lettre comportera les mentions suivantes :

Je soussigné,

Nom et prénoms :

Adresse complète :

Qualité :

Médecin de médecine générale/Médecin spécialiste en

..... (biffer la mention inutile)

Numéro d'identification I.N.A.M.I. :

déclare refuser d'adhérer aux termes de l'accord national médico-mutualiste, conclu le 15 décembre 2003.

Date :

Signature :

19.2. Les médecins, autres que ceux qui ont notifié, conformément aux dispositions prévues sous 19.1., leur refus d'adhésion aux termes de l'accord conclu le 15 décembre 2003 à la Commission nationale médico-mutualiste, sont réputés d'office avoir adhéré à cet accord pour leur activité professionnelle complète, sauf s'ils ont, dans les trente jours qui suivent la publication de cet accord au *Moniteur belge*, communiqué les conditions de temps et de lieu dans lesquelles, conformément aux clauses dudit accord :

a) ils appliqueront les montants d'honoraires qui y sont fixés;

b) de honorariumbedragen niet zullen toepassen die daarin zijn vastgesteld.

Die mededeling moet worden gedaan met een ter post aangetekende brief, gericht aan de Nationale Commissie geneesheren-ziekenfondsen op het onder 19.1. vermelde adres. In de brief moet het volgende staan :

1° Voor de algemeen geneeskundigen :

Ik, ondergetekende,
 Naam en voornaam :
 Volledig adres :

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

verklaar mijn beroepsactiviteit, uitgeoefend overeenkomstig de bedingen van het op 15 december 2003 gesloten nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen, te beperken onder de volgende voorwaarden inzake tijd en plaats :

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

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

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

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

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

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

Datum :

Handtekening :

2° Voor de geneesheren-specialisten :

Ik, ondergetekende,
 Naam en voornaam :
 Volledig adres :

Geneesheer-specialist voor :

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

verklaar mijn beroepsactiviteit, uitgeoefend overeenkomstig de bedingen van het op 15 december 2003 gesloten nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen, te beperken onder de volgende voorwaarden inzake tijd en plaats :

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

— Beroepsactiviteit die ten minste vijftientig uren per week omvat :

Voltijds :	Inrichting
Totaal aantal uren per week
.....

Deeltijds :

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

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

Cette communication doit se faire par lettre recommandée à la Poste adressée à la Commission nationale médico-mutualiste, et ce à l'adresse mentionnée sous 19.1. La lettre comportera les mentions suivantes :

1° Pour les médecins de médecine générale :

Je soussigné,
 Nom et prénoms :
 Adresse complète :

Numéro d'identification I.N.A.M.I. :

déclare limiter mon activité professionnelle exercée conformément aux clauses de l'accord national médico-mutualiste, conclu le 15 décembre 2003, dans les conditions de temps et de lieu suivantes :

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

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

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

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

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

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

Date :

Signature :

2° Pour les médecins spécialistes :

Je soussigné,
 Nom et prénoms :
 Adresse complète :

Médecin spécialiste en :

Numéro d'identification I.N.A.M.I. :

déclare limiter mon activité professionnelle exercée conformément aux clauses de l'accord national médico-mutualiste, conclu le 15 décembre 2003, dans les conditions de temps et de lieu suivantes :

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

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

Temps plein :	Etablissement
Total des heures par semaine
.....

Temps partiel :

Jours	Lieu	Heures
.....
.....
Jours	Etablissement place	Heures
.....
.....

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

Dagen	Activiteit	Uren
.....
.....

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

Dagen	Activiteit	Uren
.....
.....

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

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

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

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

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

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

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

Datum :

Handtekening :

19.3. Alle latere wijzigingen van de voorwaarden inzake tijd en plaats waaronder de onder 19.2. bedoelde geneesheren, overeenkomstig de bedingen van het akkoord, de daarin vastgestelde honorariumbedragen zullen toepassen, mogen worden toegepast, ofwel na een opzegging van dertig dagen, ofwel, zonder opzegging, na aanplakking van die wijzigingen in hun spreekkamer.

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

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

Opgemaakt te Brussel, op 15 december 2003.

De vertegenwoordigers van de bank van de geneesheren
(ABSYM/BVAS en KARTEL/CARTEL),
De vertegenwoordigers van de bank van de verzekeringsinstellingen

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

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

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

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

b) Médecin spécialiste exerçant son activité professionnelle exclusivement en dehors du milieu hospitalier :

— Consultations au cabinet représentant au moins vingt heures par semaine :

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

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

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

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

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

Date :

Signature :

19.3. Tous changements ultérieurs des conditions de temps et de lieu dans lesquelles, conformément aux clauses de l'accord, les médecins visés sous 19.2. appliqueront les montants d'honoraires qui y sont fixés, peuvent être appliqués soit après un préavis de trente jours soit, sans préavis, après affichage de ces changements dans leur cabinet de consultation.

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

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

Fait à Bruxelles, le 15 décembre 2003.

Les représentants du banc médical
(ABSYM/BVAS et KARTEL/CARTEL),
Les représentants du banc des organismes assureurs