

Prix de l'abonnement annuel :

Belgique : F 4 500; étranger : F 20 004.

Prix par numéro : F 170.

Pour les abonnements et la vente au numéro, prière de s'adresser à la Direction du Moniteur belge, rue de Louvain 40-42, 1000 Bruxelles. Téléphone 02/552 22 11.



Prijs van een jaarabonnement :

België : F 4 500; buitenland : F 20 004.

Prijs per nummer : F 170.

Voor abonnements en voor verkoop per nummer kan U terecht bij het bestuur van het Belgisch Staatsblad, Leuvenseweweg 40-42, 1000 Brussel. Telefoon 02/552 22 11.

171e ANNEE

N. 18

171e JAARGANG

SAMEDI 20 JANVIER 2001

ZATERDAG 20 JANUARI 2001

DEUXIEME EDITION

TWEEDE UITGAVE

AVIS OFFICIELS — OFFICIELE BERICHTEN

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE L'ENVIRONNEMENT

[C - 2000/22929]

Accord national médico-mutualiste du 18 décembre 2000

La Commission nationale médico-mutualiste (CNMM) réunie le 18 décembre 2000 sous la présidence de Monsieur G. PERL, a conclu l'accord suivant pour une période de deux ans :

A. Accréditation

Le présent accord se réfère pour ce point à l'accord national médico-mutualiste du 17 février 1997 (*Moniteur belge* du 27 mars 1997).

Sur base de l'évaluation qui a été faite par le Conseil technique de l'accréditation des cinq premières années de l'accréditation, la CNMM examinera dans le courant du premier semestre de l'année 2001 de quelle façon le système de l'accréditation peut être optimisé, en particulier en ce qui concerne :

- le fonctionnement administratif du système, sa simplification et son informatisation;
- le financement du fonctionnement des GLEM;
- la valorisation par les organes d'accréditation des activités des GLEM;
- l'uniformisation et l'amélioration du fonctionnement des comités paritaires;
- la mise en adéquation de l'action du Conseil national de la promotion de la qualité avec le système de l'accréditation.

B. Honoraires et frais de déplacement

I. Honoraires

1. Les valeurs des lettres-clés des honoraires tels qu'elles étaient fixées au 31 décembre 2000 sont indexées de façon linéaire de 1,53 %.

Toutefois :

a) la valeur de la lettre-clé B des honoraires pour les examens génétiques visés à l'article 33 de la nomenclature des prestations de santé n'est pas indexée et les dépenses totales annuelles sont en 2001 limitées à 1 040,4 millions de BEF [Economie : 74 millions de BEF] (1) (Cf. point C.2);

b) la valeur de la lettre-clé N des honoraires pour la prestation n° 442971 - 442982 (PET-scan) n'est pas indexée et en outre est diminuée de 76,92 % au 1^{er} juillet 2001 [Economie : 39,2 millions de BEF];

Les 113,2 millions de BEF ainsi dégagés en 1, a) et 1, b) sont affectés à la revalorisation des visites (cf 1. f).

MINISTERIE VAN SOCIALE ZAKEN, VOLKSGEZONDHEID EN LEEFMILIEU

[C - 2000/22929]

Nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen van 18 december 2000

De Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen (NCGZ), die op 18 december 2000 heeft vergaderd onder het voorzitterschap van de heer G. PERL, heeft het volgende akkoord gesloten voor een periode van twee jaar :

A. Accreditering

Dit akkoord verwijst voor dit punt naar het Nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen van 17 februari 1997 (*Belgisch Staatsblad* van 27 maart 1997).

Op basis van de evaluatie die door de Technische accrediteringsraad werd doorgevoerd over de eerste vijf jaar van de accreditering, zal de NCGZ in de loop van het eerste semester van het jaar 2001 onderzoeken hoe het accrediteringssysteem kan worden geoptimaliseerd, in het bijzonder wat betreft :

- de administratieve werking van het stelsel, en de vereenvoudiging en de informatisering ervan;
- de financiering van de werking van lokale kwaliteitsgroepen;
- de valorisatie door de accrediteringsorganen van de werkzaamheden geleverd door lokale kwaliteitsgroepen;
- de uniformisering en de verbetering van de werkzaamheden van de paritaire comités;
- het inpassen van de werking van de Nationale raad voor kwaliteitspromotie in het accrediteringssysteem.

B. Honoraria en reiskosten

I. Honoraria

1. De op 31 december 2000 vastgestelde waarden van de sleutelletters van de honoraria worden lineair geïndexeerd met 1,53 %.

Nochtans :

a) wordt de waarde van de sleutelletter B van de honoraria voor de genetische onderzoeken die zijn opgenomen in artikel 33 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, niet geïndexeerd en de totale jaaruitgaven worden in 2001 begrensd tot 1 040,4 miljoen BEF (Bezuiniging : 74,0 miljoen BEF) (1) (Zie punt C.2);

b) wordt de waarde van de sleutelletter N van het honorarium voor de verstrekking nr. 442971 - 442982 (PET-scan) niet geïndexeerd en zal ze bovendien vanaf 1 juli 2001 met 76,92 % worden vermindert [Bezuiniging : 39,2 miljoen BEF];

De 113,2 miljoen BEF die zo onder 1, a) en 1, b) worden vrijgemaakt, worden gebruikt voor de herwaardering van de bezoeken (zie 1 f).

c) 1. la valeur de la lettre-clé C des honoraires des médecins spécialistes en neuropsychiatrie ou en psychiatrie pour la surveillance d'un bénéficiaire hospitalisé dans un service A, du sixième jour jusqu'à la fin du sixième mois d'hospitalisation (n^{os} de codes 598441, 598463, 598485) est majorée de 20,67 % supplémentaires [Coût : 137 millions de BEF];

c) 2. la valeur de la lettre-clé C des honoraires des médecins spécialistes en neuropsychiatrie ou en psychiatrie pour la surveillance d'un bénéficiaire hospitalisé dans un service T, du sixième jour jusqu'à la fin du douzième mois d'hospitalisation (n^{os} de codes 598544, 598566, 598662) est majorée de 45 % supplémentaires [Coût : 80 millions de BEF];

c) 3. la valeur de la lettre-clé C des honoraires des médecins spécialistes en neuropsychiatrie ou en psychiatrie pour la surveillance d'un bénéficiaire hospitalisé dans un service K, du sixième jour jusqu'à la fin du sixième mois d'hospitalisation (n^{os} de codes 598905, 598920, 598942) est majorée de 17,82 % supplémentaires [Coût : 8 millions de BEF];

d) 1. la valeur de la lettre-clé C des honoraires des médecins spécialistes en médecine interne, accrédités ou non, pour la surveillance d'un bénéficiaire hospitalisé en service G, les cinq premiers jours (n^{os} de codes 598286, 599126) est majorée de 10 % supplémentaires [Coût : 26 millions de BEF];

d) 2. la valeur de la lettre-clé C des honoraires des médecins spécialistes en médecine interne, pour la surveillance d'un bénéficiaire hospitalisé en service G, à partir du sixième jour (n^{os} de codes 599141, 599163) est majorée de 16,42 % supplémentaires [Coût : 49 millions de BEF];

e) en ce qui concerne les honoraires de biologie clinique, la masse d'indexation globale (449,9 millions de BEF) est attribuée en indexant linéairement de 3,78 % les lettres-clés B et F;

f) les valeurs de la lettre-clé E (les honoraires afférents aux frais de déplacement) des honoraires de tous les médecins généralistes pour toutes les visites sont majorées de 22,02 % supplémentaires [Coût : 506 millions de BEF];

g) la valeur de la lettre-clé K des honoraires pour les accouchements (n^{os} de codes 423010 - 423021, 424012 - 424023) est majorée de 18,10 % supplémentaires [Coût : 124 millions de BEF].

2. Les honoraires forfaitaires annuels pour les médecins accrédités sont fixés pour 2001 à 20 306 BEF et seront indexés en 2002.

3. Dans le cadre des limites légales, les honoraires pour l'année 2002 sont adaptés à l'évolution de la valeur de l'indice santé conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 8 décembre 1997 fixant les modalités d'application pour l'indexation des prestations dans le régime de l'assurance obligatoire soins de santé. La CNMM négocie avant le 1^{er} décembre 2001 l'affectation du produit de cette indexation.

II. Frais de déplacement

Les honoraires du médecin spécialiste appelé en consultation au domicile du malade par le médecin traitant de ce dernier sont augmentés d'une indemnité fixée à 21,26 BEF par kilomètre parcouru à l'aller et au retour.

III. Moyens supplémentaires pour 2002

L'objectif budgétaire partiel pour l'année 2002 qui correspond aux moyens financiers nécessaires au cours de cette année-là pour payer les honoraires indexés, est majoré d'un montant de 1 540 millions de BEF (38 176 milliers d'Euro), réparti comme suit :

— extension du dossier médical global :	400 millions de BEF (9.916 milliers d'Euro)
— revalorisation de l'acte intellectuel :	625 millions de BEF (15.493 milliers d'Euro)
— exécution de l'accord précédent :	325 millions de BEF (8.057 milliers d'Euro)
— télématique et dossier médical électronique :	190 millions de BEF (4.710 milliers d'Euro)

La CNMM négociera avant le 1^{er} décembre 2001 l'utilisation de ces montants ainsi que la réalisation des mesures de telle sorte que l'ordre de grandeur des montants précités soit respecté, mais où la partie des moyens budgétaires prévus en 2001 pour l'extension du dossier médical global, mais utilisée pour la revalorisation des actes intellectuels, glisse en 2002 dans le sens inverse.

c) 1. wordt de waarde van de sleutelletter C van de honoraria van de geneesheren, specialisten voor neuropsychiatrie of voor psychiatrie, voor het toezicht op een in een dienst A opgenomen rechthebbende van de zesde dag tot het einde van de zesde maand ziekenhuisverpleging (codenummers 598441, 598463, 598485), bijkomend verhoogd met 20,67 % [Kost : 137 miljoen BEF];

c) 2. wordt de waarde van de sleutelletter C van de honoraria van de geneesheren, specialisten voor neuropsychiatrie of voor psychiatrie, voor het toezicht op een in een dienst T opgenomen rechthebbende van de zesde dag tot het einde van de twaalfde maand ziekenhuisverpleging (codenummers 598544, 598566, 598662), bijkomend verhoogd met 45 % [Kost : 80 miljoen BEF];

c) 3. wordt de waarde van de sleutelletter C van de honoraria van de geneesheren, specialisten voor neuropsychiatrie of voor psychiatrie, voor het toezicht op een in een dienst K opgenomen rechthebbende van de zesde dag tot het einde van de zesde maand ziekenhuisverpleging (codenummers 598905, 598920, 598942) bijkomend verhoogd met 17,82 % [Kost : 8 miljoen BEF];

d) 1. wordt de waarde van de sleutelletter C van de honoraria van de al dan niet geaccrediteerde geneesheren, specialisten voor inwendige geneeskunde, voor het toezicht op een in een dienst G opgenomen rechthebbende, de eerste vijf dagen (codenummers 598286, 599126), bijkomend verhoogd met 10 % [Kost : 26 miljoen BEF];

d) 2. wordt de waarde van de sleutelletter C van de honoraria van de geneesheren, specialisten voor inwendige geneeskunde voor het toezicht op een in een dienst G opgenomen rechthebbende, vanaf de zesde dag (codenummers 599141, 599163), bijkomend verhoogd met 16,42 % [Kost : 49 miljoen BEF];

e) wordt, wat de honoraria voor klinische biologie betreft, de globale indexmassa (449,9 miljoen BEF) toegekend door een lineaire indexering met 3,78 % van de sleutelletters B en F;

f) worden de waarden van de sleutelletter E (honoraria met betrekking tot de verplaatsingskosten) van de honoraria van alle algemeen geneeskundigen voor alle bezoeken bijkomend verhoogd met 22,02 % [Kost : 506 miljoen BEF];

g) wordt de waarde van de sleutelletter K van de honoraria voor de verlossingen (codenummers 423010 - 423021, 424012 - 424023) bijkomend verhoogd met 18,10 % [Kost : 124 miljoen BEF]

2. Het jaarlijks forfaitair honorarium voor de geaccrediteerde artsen is voor 2001 vastgesteld op 20 306 BEF en zal geïndexeerd worden in 2002.

3. In het raam van de wettelijke grenzen worden de honoraria 2002 aangepast aan de evolutie van de waarde van het gezondheidsindexcijfer, overeenkomstig de bepalingen van het koninklijk besluit van 8 december 1997 tot bepaling van de toepassingsmodaliteiten voor de indexering van de prestaties in de regeling van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging. De NCGZ onderhandelt vóór 1 december 2001 over de toewijzing van de opbrengst van die indexering.

II. Reiskosten

Het honorarium van de geneesheer-specialist die bij de zieke thuis in consult wordt geroepen door de behandelend geneesheer van laatstgenoemde, wordt verhoogd met een vergoeding die is vastgesteld op 21,26 BEF per op de heen- en terugreis afgelegde kilometer.

III. Bijkomende middelen voor 2002

De partiële begrotingsdoelstelling voor 2002 die overeenkomt met de financiële middelen die voor dat jaar nodig zijn voor de honorering van de in dat jaar geïndexeerde honoraria, wordt verhoogd met een bedrag van 1 540 miljoen BEF (38 176 duizend EURO) dat onderverdeeld is als volgt :

— uitbreiding globaal medisch dossier :	400 miljoen BEF (9 916 duizend EURO)
— herwaardering intellectuele acte :	625 miljoen BEF (15 493 duizend EURO)
— uitvoering vorig akkoord :	325 miljoen BEF (8 057 duizend EURO)
— telematica en elektronisch medisch dossier :	190 miljoen BEF (4 710 duizend EURO)

De NCGZ onderhandelt vóór 1 december 2001 over de aanwending van deze bedragen en over de verwezenlijking van de maatregelen zodanig dat de grootte-orde van de vermelde bedragen wordt gerespecteerd, maar waarbij nochtans het gedeelte van de financiële middelen in 2001 voorzien voor de uitbreiding van het globaal medisch dossier, maar aangewend voor de herwaardering van de intellectuele akten, in 2002 in de omgekeerde richting verschuift.

C. Nomenclature des prestations de santé

La nomenclature des prestations de santé à laquelle il est fait référence dans cet accord est celle qui était en vigueur au 31 décembre 2000.

1. Cette nomenclature sera adaptée conformément aux propositions formulées par le Conseil technique médical (CTM) en date du 24 octobre 2000 :

— en vue d'une modification de l'article 14, *h*), § 1^{er}, II, 2° de la nomenclature des prestations de santé introduisant en ophtalmologie une nouvelle prestation (biométrie) [Coût : 165 millions de BEF];

— en vue d'une modification de l'article 20, *d*) de la nomenclature susvisée visant pour la pédiatrie à modifier le libellé de la prestation 474515 - 474526 [Coût : 30 millions de BEF];

— en vue d'une modification de l'article 25 § 1^{er} de la nomenclature susvisée visant à introduire de nouvelles prestations concernant la surveillance pédiatrique en service n [Coût : 35 millions de BEF], la surveillance pédiatrique en service N [Coût : 20 millions de BEF], la pédiatrie de liaison [Coût : 30 millions de BEF];

— en vue d'une modification des articles 11, 13, § 2, 2°, 20, *b*), *c*), *d*), *e*) et *f*) visant à majorer de 13 % les valeurs relatives de certaines prestations techniques effectuées chez les enfants de moins de 7 ans [Coût : 46 millions de BEF];

— en vue de la suppression de la prestation 475311 - 475322 (vectocardiogramme).

2. L'article 33 de la nomenclature (génétique) sera adapté de façon à ce que le montant de 1 040,4 millions de BEF prévu pour 2001 puisse être respecté.

3. Une enveloppe de 65 millions de BEF est réservée aux propositions de modification de la nomenclature que la CNMM décidera de transmettre au Comité de l'assurance après avoir examiné les propositions qui seront formulées pour le 1^{er} mars 2001 par le CTM et visant à corriger les anomalies tarifaires des visites à deux bénéficiaires ou plus.

4. La nomenclature sera aussi adaptée suite aux propositions que le CTM formulera avant le 1^{er} mai 2001 pour concrétiser le point H.I, 2, *b*) « DOSSIER MEDICAL GLOBAL » [Coût : 250 millions de BEF].

5. La CNMM apporte son appui unanime au projet d'arrêté royal modifiant la nomenclature de radiothérapie tel que le Comité de l'assurance a décidé, en date du 19 juin 2000, de le transmettre au Ministre des Affaires sociales et des Pensions, dans un cadre budgétaire de 700 millions de BEF (dont 100 millions de BEF pour les consultations oncologiques multidisciplinaires). La nomenclature d'application en 2001 est celle qui était en vigueur au 31 décembre 2000 jusqu'à la date où l'arrêté royal susmentionné entrera en vigueur et où les moyens budgétaires nécessaires à celui-ci seront disponibles.

6. Aucune modification de l'arrêté royal établissant la nomenclature des prestations de santé, en dehors de celles qui résultent des propositions visées aux alinéas précédents, des mesures de correction visées sous le point E, 2 et 3, des propositions du CTM qui seront formulées sur base du point N et des propositions que le Comité de l'assurance a décidé de transmettre au Ministre le 29 mai 2000 (2) et des autres propositions mentionnées en annexe (3), n'est opposable au médecin jusqu'à la fin de l'année au cours de laquelle il a accepté les termes de l'accord.

En l'absence de manifestation contraire de la volonté du médecin dans les trente jours qui suivent la publication d'une telle modification, celle-ci est toutefois considérée comme incluse dans les termes du présent accord.

D. Régime du tiers payant

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.

2. La CNMM donne comme avis au Ministre des Affaires sociales et des Pensions de modifier en 2001 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^{os} de codes 102410, 102432, 104230, 104252 et 104274.

C. Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen

De nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen waarnaar in dit akkoord wordt verwezen, is die welke gold op 31 december 2000.

1. Die nomenclatuur zal worden aangepast overeenkomstig de voorstellen die de Technische geneeskundige raad (TGR) op 24 oktober 2000 heeft geformuleerd :

— met het oog op een wijziging van artikel 14, *h*), § 1, II, 2°, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, waarbij in de oftalmologie een nieuwe verstrekking (biometrie) wordt ingevoerd [Kost : 165 miljoen BEF];

— met het oog op een wijziging van artikel 20, *d*), van de voornoemde nomenclatuur die ertoe strekt voor de kindergeneeskunde de omschrijving van de verstrekking 474515 - 474526 te wijzigen [Kost : 30 miljoen BEF];

— met het oog op een wijziging van artikel 25, § 1 van de voornoemde nomenclatuur, die ertoe strekt nieuwe verstrekkingen in te voeren betreffende het pediatrisch toezicht in een dienst n [Kost : 35 miljoen BEF], het pediatrisch toezicht in een dienst N [Kost : 20 miljoen BEF], de liaison-pediatrie [Kost : 30 miljoen BEF];

— met het oog op een wijziging van de artikelen 11, 13, § 2, 2°, 20, *b*), *c*), *d*), *e*) en *f*), die ertoe strekt de betrekkelijke waarden van sommige technische verstrekkingen die worden verricht bij kinderen, jonger dan 7 jaar, te verhogen met 13 % [Kost : 46 miljoen BEF];

— met het oog op de schrapping van de verstrekking 475311 - 475322 (vectocardiogram).

2. Artikel 33 van de nomenclatuur (genetica) zal worden aangepast zodat het bedrag van 1 040,4 miljoen BEF voorzien voor 2001 kan worden gerespecteerd.

3. Een envelop van 65 miljoen BEF is bestemd voor de voorstellen tot wijziging van de nomenclatuur die de NCGZ zal beslissen naar het Verzekeringscomité te sturen nadat ze de voorstellen heeft onderzocht die de TGR tegen 1 maart 2001 zal doen met het oog op het wegwerken van de anomalieën in het tarief van de bezoeken aan twee of meer rechthebbenden.

4. De nomenclatuur zal ook worden aangepast naar aanleiding van de voorstellen die de TGR tegen 1 mei 2001 zal doen om het punt H.I, 2, *b*). « GLOBAAL MEDISCH DOSSIER » te concretiseren [Kost : 250 miljoen BEF].

5. De NCGZ steunt eenparig het ontwerp van koninklijk besluit tot wijziging van de nomenclatuur inzake radiotherapie, zoals het Verzekeringscomité op 19 juni 2000 heeft beslist het aan de Minister van Sociale Zaken en Pensioenen te sturen in het raam van een begroting van 700 miljoen BEF. (waarvan 100 miljoen BEF voor het multidisciplinair oncologisch consult). In 2001 geldt de nomenclatuur die van kracht was op 31 december 2000 tot op de datum waarop het hierboven vermelde koninklijk besluit van kracht wordt en de ervoor benodigde budgettaire middelen beschikbaar zijn.

6. Geen enkele wijziging van het koninklijk besluit tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen buiten de wijzigingen die voortvloeien uit de in de vorige alinea's bedoelde voorstellen, uit de onder punt E, 2 en 3, bedoelde correctie maatregelen, uit de voorstellen van de TGR die zullen worden gedaan op basis van punt N en uit de voorstellen die het Verzekeringscomité op 29 mei 2000 (2) heeft beslist aan de Minister te bezorgen en de andere in bijlage vermelde voorstellen (3), kan tegen de geneesheer worden aangevoerd tot het einde van het jaar waarin hij de bedingen van het akkoord heeft aanvaard.

Bij ontstentenis van een andersluidende wilsuiving van de geneesheer binnen dertig dagen na de bekendmaking van een dergelijke wijziging, wordt deze evenwel geacht begrepen te zijn in de bedingen van dit akkoord.

D. Derdebetalersregeling

1. De facultatieve derdebetalersregeling is op hun verzoek toegankelijk voor de geneesheren die niet tot het akkoord zijn toetreden, voor zover ze het Nationaal intermutualistisch college kennis ervan geven dat ze de tarieven van het akkoord voor de door de derdebetalersregeling gedekte verstrekkingen zullen naleven onder dezelfde voorwaarden als de verbonden geneesheren.

2. De NCGZ adviseert aan de Minister van Sociale zaken en Pensioenen 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 2001 te wijzigen zodat de derdebetalersregeling kan worden toegepast voor de prestaties met codenummers 102410, 102432, 104230, 104252 en 104274.

E. Mesures de correction

1. L'objectif budgétaire partiel fixé par le Comité de l'assurance pour 2001 s'élève à 171 057,1 millions de BEF.

Ce montant est subdivisé en rubriques permettant une évaluation distincte :

E. Correctiemaatregelen

1. De door het Verzekeringscomité vastgestelde partiële begrotingsdoelstelling voor 2001 bedraagt 171 057,1 miljoen BEF.

Dat bedrag is onderverdeeld in rubrieken zodat een afzonderlijke evaluatie mogelijk is :

OBJECTIF 2001

Libellé	Base	Gouvernement	TOTAL
Biologie clinique	29 857,6		29 857,6
Imagerie médicale	28 255,7	540,0	28 795,7
Consultations visites : généralistes et spécialistes	39 243,2	918,5	40 161,7
Prestations spéciales sauf génétique et radiothérapie	31 282,8	36,0	31 318,8
Génétique	1 040,4		1 040,4
Radiothérapie	1 568,4	500,0	2 068,4
Chirurgie - Anesthésiologie	26 955,9	165,0	27 120,9
Gynécologie	2 268,5	124,0	2 392,5
Surveillance	7 187,9	565,0	7 752,9
S/TOTAL	167 660,4	2 848,5	170 508,9
Accréditation (20 306 BEF)	446,7		446,7
Forfait Dossier médical (5 000 BEF)	101,5		101,5
TOTAL	168 208,6	2 848,5	171 057,1

Dialyse	3 714,0		3 714,0
---------	---------	--	---------

OBJECTIEF 2001

Omschrijving	Basis	Regering	TOTAAL
Klinische biologie	29 857,6		29 857,6
Medische beeldvorming	28 255,7	540,0	28 795,7
Raadplegingen- bezoeken : huisartsen - specialisten	39 243,2	918,5	40 161,7
Speciale verstrekkingen behalve genetica en radiumtherapie	31 282,8	36,0	31 318,8
Genetica	1 040,4		1 040,4
Radiumtherapie	1 568,4	500,0	2 068,4
Heelkunde - Anesthesiologie	26 955,9	165,0	27 120,9
Gynecologie	2 268,5	124,0	2 392,5
Toezicht	7 187,9	565,0	7 752,9
S/TOTAAL	167 660,4	2 848,5	170 508,9
Accreditering (20 306 BEF)	446,7		446,7
Forfait Medisch dossier (5 000 BEF)	101,5		101,5
TOTAAL	168.208,6	2 848,5	171 057,1

Dialyse	3 714,0		3 714,0
---------	---------	--	---------

2. Dès que l'objectif budgétaire partiel ou l'objectif par rubrique 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 précitée, 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 :

— Transfert proportionnel et sélectif d'honoraires payés à l'acte dans des honoraires forfaitaires:

2. Van zodra de partiële begrotingsdoelstelling of de doelstelling per rubriek wordt overschreden of dreigt te worden overschreden als bedoeld in de bepalingen van het koninklijk besluit van 5 oktober 1999 tot uitvoering van artikel 51, § 4, van de voornoemde wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, zullen, een of meer correctiemaatregelen uit de niet-limitatieve lijst moeten worden toegepast, rekening houdende met de analyses van de vastgestelde uitgaven en uitsluitend op voorstel van de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen :

— Evenredige selectieve transfer van per handeling betaalde honoraria naar forfaitaire honoraria:

— 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 2001 les mesures de correction susvisées.

Lorsque l'objectif budgétaire partiel d'une rubrique est dépassé sur la base des dépenses relatives au premier semestre 2001 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 2002, ou de l'appliquer soit partiellement, soit tardivement.

3. 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 obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, 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 remboursements en cas de dépassement significatif ou de risque de dépassement significatif de l'objectif budgétaire annuel partiel, selon les règles fixées aux alinéas 5 à 7 de l'article 51, § 2 susvisé.

4. Si les dépenses du premier semestre 2001 indiquent un boni de plus de 5 % par rapport à l'objectif budgétaire partiel ou l'objectif par rubrique les moyens financiers ainsi dégagés seront affectés au secteur médical sur proposition de la Commission nationale médico-mutualiste faite au Conseil général.

Cette clause s'applique dans le respect des dispositions visées à l'article 51, § 6, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités précitée.

F. Maîtrise de l'évolution des dépenses

I. Maîtrise du budget de l'imagerie médicale

1. La CNMM demandera au Groupe de direction de l'accréditation des médecins d'examiner la possibilité d'organiser un peer-review au sein des groupes locaux d'évaluation médicale des radiologues, entre autres sur base de données relatives aux services d'imagerie médicale.

2. Un groupe de travail ad hoc est chargé d'examiner les possibilités en vue d'arriver à un financement des moyens de contraste qui soit plus uniforme et basé sur des critères scientifiques. Dans ce cadre, on analysera dans quelle mesure les montants totaux remboursés pour les moyens de contraste peuvent être incorporés dans le budget global de l'imagerie médicale.

3. La CNMM propose de fixer le montant du budget global des moyens financiers pour l'imagerie médicale pour 2001 comme suit :

1) montant de base :	28 255,7 millions de BEF
2) moyens supplémentaires RMN :	300,0 millions de BEF
3) dépistage du cancer du sein organisé au niveau national	240,0 millions de BEF
TOTAL	28 795,7 millions de BEF
Correction 1999 (art. 59 loi AMI)	+ 13,7 millions de BEF
TOTAL FINAL 2001	28 809,4 millions de BEF

L'attestation des prestations effectuées dans le cadre du dépistage du cancer du sein organisé au niveau national se fera par des codes de nomenclature distincts et les dépenses supplémentaires éventuelles effectuées en 2001 au-delà des moyens fixés à 240,0 millions de BEF seront acceptées comme dépenses exogènes sans que d'autres mesures de correction soient prises.

— 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 correctiemeatregelen te concretiseren tijdens het 1e semester van 2001.

Indien de partiële begrotingsdoelstelling van een rubriek op grond van de uitgaven van het eerste semester 2001 wordt overschreden en er geen concrete correctiemeatregelen 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 2002 voorziene indexaanpassing niet, slechts gedeeltelijk of laattijdig toe te passen.

3. Ingeval de voormelde correctiemechanismen ontoereikend zijn of niet in werking worden gesteld, of indien de correctiemeatregelen zoals bedoeld in artikel 51, § 3, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, niet tijdig worden genomen of indien ze ontoereikend zijn, wordt voorzien in een automatische en onmiddellijk toepasselijke vermindering van de honoraria of andere bedragen of van de vergoedingsstarieven in geval van beduidende overschrijding of van risico van beduidende overschrijding van de partiële jaarlijkse begrotingsdoelstelling, volgens de regels die zijn vastgesteld in vorenbedoeld artikel 51, § 2, vijfde tot zevende lid.

4. Indien de uitgaven van het eerste semester 2001 wijzen op een boni van meer dan 5 % ten opzichte van de partiële begrotingsdoelstelling of van de doelstelling per rubriek, zullen de zo vrijgemaakte financiële middelen aan de geneeskundige sector worden toegewezen op voorstel van de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen aan de Algemene Raad.

Die clausule wordt toegepast met inachtneming van de bepalingen van artikel 51, § 6, van de voornoemde wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

F. Beheersing van de evolutie van de uitgaven

I. Beheersing van de begroting van de medische beeldvorming

1. De NCGZ zal aan de Stuurgroep accreditering geneesheren vragen de mogelijkheid te onderzoeken van een peer review in de Lokale kwaliteitsgroepen van de radiologen onder meer op basis van gegevens betreffende de diensten medische beeldvorming.

2. Een werkgroep ad hoc wordt belast met het onderzoek naar de mogelijkheden om te komen tot een meer uniforme en op wetenschappelijke criteria gebaseerde financiering van de contrastmedia. Hierbij zal worden onderzocht in hoeverre de totale vergoede bedragen voor contrastmedia in het globaal budget voor medische beeldvorming kunnen worden geïncorporeerd.

3. De NCGZ stelt voor het bedrag van de globale begroting van de financiële middelen voor de medische beeldvorming voor 2001 als volgt vast te stellen :

1) basisbedrag :	28 255,7 miljoen BEF
2) bijkomende middelen NMR :	300,0 miljoen BEF
3) nationaal georganiseerde borstkanker-screening :	240,0 miljoen BEF
TOTAAL	28 795,7 miljoen BEF
Correctie 1999 (art. 59 ZIV-wet)	+ 13,7 miljoen BEF
EINDTOTAAL 2001	28 809,4 miljoen BEF

De attestering van de verstrekkingen die worden verricht in het kader van de nationaal georganiseerde borstkankerscreening zal gebeuren via afzonderlijke nomenclatuurcodes en de eventuele meeruitgaven in 2001 boven de vastgestelde middelen van 240,0 miljoen BEF zullen zonder verdere correctiemeatregelen aanvaard worden als exogene uitgaven.

Le montant de 240,0 millions de BEF (5 949 milliers d'EURO) doublera en 2002 pour atteindre 480,0 millions de BEF (11 899 milliers d'EURO).

La CNMM proposera dès lors au Conseil général et au Comité de l'assurance du Service des soins de santé de l'INAMI de fixer le budget global des moyens financiers pour l'ensemble du Royaume, pour les prestations d'imagerie médicale pour 2001, à un montant total de 28 809,4 millions de BEF, dont :

* 17 302,2 millions de BEF pour les prestations dispensées à des bénéficiaires non hospitalisés,

* 10 967,2 millions de BEF pour les prestations dispensées à des bénéficiaires hospitalisés,

* 300,0 millions de BEF comme moyens supplémentaires RMN tant pour des bénéficiaires hospitalisés que pour des bénéficiaires non hospitalisés,

* 240,0 millions de BEF pour le dépistage du cancer du sein organisé au niveau national.

Lors du suivi des dépenses d'imagerie médicale, la CNMM fera une distinction entre, d'une part, les dépenses relatives aux prestations effectuées par des médecins spécialistes en radiodiagnostic et, d'autre part, les dépenses relatives aux prestations effectuées par d'autres médecins spécialistes.

II. Maîtrise du budget de la biologie clinique

1. Secteur ambulatoire.

La CNMM insiste pour qu'une évaluation annuelle et minutieuse des profils tant des prescripteurs que des dispensateurs de biologie clinique soit poursuivie par les Commissions de profils compétentes et pour que les informations issues de cette évaluation soient régulièrement communiquées aux médecins.

2. La CNMM demandera au CTM de formuler au plus tard le 30 juin 2001 une proposition de règlement définitive permettant, sur base de l'article 53, premier alinéa de la loi coordonnée, de reprendre à partir du 1^{er} octobre 2001 sur les attestations de soins donnés, les prestations de biologie clinique effectuées, sous les numéros de classe sous lesquels elles sont groupées dans la nomenclature des soins de santé.

3. Budget global

La CNMM propose de fixer le montant du budget global des moyens financiers pour la biologie clinique pour 2001 comme suit :

1) montant de base :	29 857,6 millions de BEF
2) corrections 1999 (art. 59 loi AMI) :	303,4 millions de BEF
TOTAL FINAL 2001	30 161,0 millions de BEF

La CNMM propose au Conseil général et au Comité de l'assurance du Service des soins de santé de l'INAMI de fixer le budget global des moyens financiers pour l'ensemble du Royaume pour les prestations de biologie clinique pour 2001 à 30 161,0 millions de BEF, dont 14 506,1 millions de BEF pour les prestations de biologie clinique dispensées à des bénéficiaires hospitalisés et 15 654,9 millions de BEF pour les prestations de biologie clinique, dispensées à des bénéficiaires non hospitalisés.

III. Evaluation et suivi de l'information

1. Evaluation de l'activité médicale

Un groupe de travail permanent de la CNMM composé paritaire-ment évalue l'acte médical sur la base du traitement de données statistiques sur la fourniture de soins médicaux ambulatoires et intra-muros collectées par les organismes assureurs, par l'INAMI et par le Ministère de la Santé Publique. La variabilité de la pratique pour des indications identiques sera examinée en particulier. Cette information sera transmise aux groupes locaux d'évaluation médicale par le truchement du Groupe de direction de l'accréditation afin de développer des attitudes médicales communes ainsi que des recommandations concernant la pratique médicale. En outre, la CNMM tient compte des constatations faites lors des adaptations régulières dont fait l'objet la nomenclature des prestations de santé ainsi que des mesures de correction à appliquer éventuellement lorsque l'objectif budgétaire est dépassé.

Het bedrag van 240,0 miljoen BEF (5 949 duizend EURO) zal in 2002 verdubbelen tot 480,0 miljoen BEF (11 899 duizend EURO).

De NCGZ zal derhalve aan de Algemene Raad en aan het Verzekeringscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV voorstellen de globale begroting van de financiële middelen voor het hele Rijk voor de verstrekkingen inzake medische beeldvorming voor 2001 vast te leggen op een totaal bedrag van 28 809,4 miljoen BEF waarvan :

* 17 302,2 miljoen BEF voor de verstrekkingen verleend aan niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden,

* 10 967,2 miljoen BEF voor de verstrekkingen verleend aan in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden,

* 300,0 miljoen BEF als bijkomende middelen NMR voor zowel niet als wel in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden,

* 240,0 miljoen BEF voor de nationaal georganiseerde borstkanker-screening.

Bij de opvolging van de uitgaven voor medische beeldvorming zal de NCGZ een onderscheid maken tussen de uitgaven voor de verstrekkingen uitgevoerd door de geneesheren-specialisten voor röntgendiagnose enerzijds en diegene uitgevoerd door de andere geneesheren-specialisten anderzijds.

II. Beheersing van de begroting inzake klinische biologie

1. Ambulante sector.

De NCGZ dringt erop aan dat de bevoegde Profielencommissies de zorgvuldige jaarlijkse evaluatie van de profielen, zowel van de voorschrijvers als van de verstrekkers van klinische biologie, voortzetten en dat de informatie die uit die evaluatie wordt verkregen, regelmatig aan de geneesheren wordt meegedeeld.

2. De NCGZ zal aan de TGR vragen om voor 30 juni 2001 een definitief voorstel van verordening te formuleren waardoor, op basis van artikel 53, eerste lid, van de gecoördineerde wet, de uitgevoerde verstrekkingen inzake klinische biologie vanaf 1 oktober 2001 op de getuigschriften voor verstrekte hulp kunnen worden vermeld onder de klassenummers waaronder ze in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen zijn gegroepeerd.

3. Globale begroting.

De NCGZ stelt voor het bedrag van de globale begroting van de financiële middelen voor klinische biologie voor 2001 als volgt vast te stellen :

1) basisbedrag :	29 857,6 miljoen BEF
2) correctie 1999 (art. 59 ZIV-wet) :	303,4 miljoen BEF
EINDTOTAAL 2001	30 161,0 miljoen BEF

De NCGZ stelt aan de Algemene Raad en aan het Verzekeringscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV voor de globale begroting van de financiële middelen voor het hele Rijk voor de verstrekkingen inzake klinische biologie voor 2001 vast te leggen op 30 161,0 miljoen BEF, waarvan 14 506,1 miljoen BEF voor de verstrekkingen inzake klinische biologie, verleend aan in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden en 15 654,9 miljoen BEF voor de verstrekkingen inzake klinische biologie, verleend aan niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden.

III. Evaluatie en follow-up van de informatie

1. Evaluatie van het medisch handelen

Een permanente en paritair samengestelde werkgroep van de NCGZ evalueert het medisch handelen op basis van statistisch verwerkte gegevens over de ambulante en intramurale medische zorgverlening opgemaakt door de verzekeringsinstellingen, door het RIZIV en door het Ministerie van Volksgezondheid. In het bijzonder zal de praktijkvariabiliteit voor identieke indicaties worden nagegaan. Deze informatie zal via de Accrediteringsstuurgroep worden overgemaakt aan de lokale kwaliteitsgroepen met het oog op het ontwikkelen van gemeenschappelijke medische attitudes en aanbevelingen over het medisch handelen. Tevens houdt de NCGZ rekening met de bevindingen bij de geregelde aanpassingen van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen en bij de eventueel uit te voeren correctiemaatregelen wanneer de begrotingsdoelstelling wordt overschreden.

Il y a lieu de respecter la relation adéquate avec le Conseil technique médical, avec les Commissions de profils médicaux existantes des médecins généralistes, des médecins spécialistes et des hôpitaux et avec le Conseil national pour la promotion de la qualité, qui ont leur propre mission. Chaque année, et au plus tard le 31 octobre, le groupe de travail permanent d'évaluation de la pratique médicale fournit à la CNMM un rapport d'activités avec des recommandations précises en matière de correction prioritaire et/ou de soutien des différentes formes de dispensation de soins médicaux.

2. Secteur des médicaments

a) Un groupe de travail créé par le Groupe de direction de l'accréditation est chargé de récolter une information indépendante sur les médicaments à l'intention des groupes locaux d'évaluation médicale.

b) La CNMM examinera en 2001 quelle suite peut être réservée à partir du 1^{er} janvier 2002 au rapport du groupe de travail chargé d'étudier la faisabilité d'un formulaire national pouvant servir de guide non obligatoire lors de la prescription de médicaments dans les maisons de repos et les maisons de soins en déterminant par pathologie, les produits ayant la meilleure efficacité.

c) Promotion d'une prescription efficiente de médicaments.

Un groupe de travail de la CNMM travaille en collaboration avec le Conseil technique des spécialités pharmaceutiques sur une proposition d'expérimentation qui prévoirait des incitants positifs collectifs pour une prescription plus efficiente de médicaments, notamment, les médicaments génériques et les copies. La proposition sera soumise à la CNMM au plus tard le 1^{er} juillet 2001.

G. Statut social

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 2001 devrait être fixé à 150 % du montant qui est obtenu en indexant le montant fixé pour 1996, conformément à l'évolution de l'indice-santé entre le 31 octobre 1996 et le 31 octobre 2000 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 2001 devrait être fixé à 100 % du montant qui est obtenu en indexant le montant fixé pour 1996, conformément à l'évolution de l'indice-santé entre le 31 octobre 1996 et le 31 octobre 2000 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 évaluera le nombre de médecins qui pour l'année 2001 demanderont respectivement le montant visé sous 1° ou sous 2° et sur base de cette évaluation, formulera son avis à propos des adaptations des montants pour le statut social pour l'année 2002.

De juiste relatie met de Technische Geneeskundige Raad, met de bestaande Commissies van de Medische Profielen van huisartsen, geneesheren-specialisten en ziekenhuizen en met de Nationale raad voor kwaliteitspromotie, dewelke een eigen opdracht hebben, dient hierbij te worden gerespecteerd. Jaarlijks en ten laatste op 31 oktober, bezorgt de permanente werkgroep van de evaluatie van het medisch handelen aan de NCGZ een verslag van haar werkzaamheden met precieze aanbevelingen inzake prioritaire correctie en/of ondersteuning van de verschillende vormen van medische zorgverlening.

2. Geneesmiddelensector

a) Een door de Accrediteringsstuurgroep opgerichte werkgroep wordt ermee belast onafhankelijke informatie over de geneesmiddelen te verzamelen ten behoeve van de lokale kwaliteitsgroepen.

b) De NCGZ zal in 2001 onderzoeken welk gevolg vanaf 1 januari 2002 kan gegeven worden aan het verslag van de werkgroep die ermee werd belast de haalbaarheid te onderzoeken van een nationaal formularium dat als niet verplichte leidraad kan dienen bij het voorschrijven van geneesmiddelen in de rustoorden voor bejaarden en in de rust- en verzorgingstehuizen en waarin, per pathologie, de doeltreffendste producten zijn vastgesteld.

c) Bevorderen van het doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen

Een werkgroep van de NCGZ werkt in samenspraak met de Technische raad voor farmaceutische specialiteiten een voorstel van experiment uit waarbij positieve collectieve incentives worden voorzien voor het meer doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen, onder andere van generische geneesmiddelen en copieën. Het voorstel wordt ten laatste op 1 juli 2001 voorgelegd aan de NCGZ.

G. Sociaal statuut

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 2001 wordt vastgesteld op 150 % van het bedrag dat bekomen wordt door het bedrag dat werd vastgesteld voor 1996 te indexeren overeenkomstig de evolutie van de gezondheidsindex tussen 31 oktober 1996 en 31 oktober 2000 voor de geneesheren die van rechtswege geacht worden tot onderhavig akkoord te zijn toegetreden voor hun volledige beroepsactiviteit;

2° het bedrag van het sociaal statuut voor het jaar 2001 wordt vastgesteld op 100 % van het bedrag dat bekomen wordt door het bedrag dat werd vastgesteld voor 1996 te indexeren overeenkomstig de evolutie van de gezondheidsindex tussen 31 oktober 1996 en 31 oktober 2000 voor de geneesheren die binnen de dertig dagen na de bekendmaking van dit akkoord in het *Belgisch Staatsblad* aan de NCGZ de voorwaarden inzake tijd en plaats hebben meegedeeld waaronder zij overeenkomstig de bedingen van dit akkoord de daarin vastgestelde honorariumbedragen respectievelijk wel en niet zullen toepassen, en waarbij de beroepsactiviteit uitgeoefend overeenkomstig de bedingen van het akkoord aan de volgende minima beantwoordt :

- 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 vijftientwintig 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 tenminste twintig uren per week omvatten;

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

De NCGZ zal een evaluatie doorvoeren van de aantallen geneesheren die voor het jaar 2001 respectievelijk aanspraak maken op het bedrag bedoeld in 1° of 2° en zal op basis van deze evaluatie haar advies formuleren over de aanpassingen van de bedragen voor het sociaal statuut voor het jaar 2002.

H. Dossier médical global

La CNMM souhaite confirmer le rôle particulier du médecin généraliste dans les soins de santé.

Dans ce cadre, elle désire promouvoir l'usage fonctionnel du dossier médical global, qui comporte les données médicales et socio-administratives significatives au sujet de l'assuré sur les plans préventif et curatif, en vue d'une dispensation de soins de qualité et d'une organisation efficace des soins médicaux au sens de l'article 36 de la loi coordonnée.

La CNMM exprime son accord sur le principe de l'instauration du dossier médical global pour l'ensemble de la population.

L'instauration du système sera encouragée par des stimulants destinés aux patients qui marquent leur intérêt pour celui-ci et aux médecins généralistes, stimulants qui comprendront les éléments suivants :

- une indemnité de base annuelle pour les médecins généralistes accrédités;
- des honoraires en faveur du médecin généraliste accrédité ou agréé pour la gestion du dossier médical global;
- une diminution de l'intervention personnelle au profit du patient.

I. En vue d'une extension progressive du système à l'ensemble de la population :

1. — le système du dossier médical global sera ouvert, avec effet au 1^{er} mai 2001, à tous les assurés de 50 ans et plus, et aux malades chroniques tels que définis dans la nomenclature en vigueur depuis le 1^{er} juin 2000;

— et sera également ouvert, avec effet au 1^{er} mai 2002, à l'ensemble de la population.

2. Seront introduits à titre de stimulants pour le médecin :

a. une indemnité de base annuelle pour les médecins généralistes accrédités à titre d'intervention dans les dépenses administratives afférentes à la gestion d'un dossier médical global. Cette indemnité s'élève en 2001 à 5 000 BEF.

b. des honoraires en faveur du médecin généraliste accrédité ou agréé pour la gestion d'un dossier médical global à la demande expresse et volontaire de l'assuré. Cette demande figure dans le dossier médical global sur la base des modalités approuvées par la CNMM. Ces honoraires peuvent être portés en compte une fois l'an lors :

— d'une consultation ou une visite à domicile pour les assurés de 75 ans et plus et les malades chroniques.

— d'une consultation pour tous les autres assurés (limité jusqu'au 1^{er} mai 2002 aux assurés âgés de plus de 50 ans).

Ces honoraires s'élèvent en 2001 à 513 BEF.

3. il est proposé au Ministre des Affaires sociales et des Pensions de procéder au profit des assurés visés sous b., à une diminution de l'intervention personnelle de 30 % par rapport à l'intervention personnelle actuelle pour :

— les consultations d'un médecin généraliste et les visites à domicile pour les assurés de 75 ans et plus et les malades chroniques qui ont confié un dossier médical global à leur médecin généraliste;

— les consultations d'un médecin généraliste pour tous les autres assurés qui ont confié un dossier médical global à leur médecin généraliste.

II. Les organismes assureurs pourront inviter leurs affiliés à choisir un médecin généraliste pour tenir leur dossier, conformément aux modalités définies par la CNMM.

III. Un groupe de travail mixte permanent, dans lequel sont représentés les médecins généralistes et les médecins spécialistes, soumettra à la CNMM au plus tard le 31 décembre 2001 un rapport contenant :

1. une évaluation du système existant, en ce qui concerne les aspects administratifs et organisationnels;

2. une évaluation de l'usage fonctionnel du dossier médical global; on examinera plus particulièrement dans quelle mesure le DMG favorise la communication entre médecins généralistes et médecins spécialistes. Le cas échéant, le groupe de travail fera des propositions afin d'inciter les médecins spécialistes à communiquer les résultats des examens effectués ainsi que toutes les données utiles concernant les patients (ayant ou non fait l'objet d'un renvoi) aux médecins généralistes qui gèrent leur dossier et vice versa.

H. Globaal medisch dossier

De NCGZ wenst de bijzondere rol van de huisarts in de gezondheidszorg te bevestigen.

In dit kader wenst zij het functioneel gebruik van het globaal medisch dossier, dat de relevante medische en socio-administratieve gegevens van een verzekerde bevat op preventief en op curatief vlak, te bevorderen met het oog op een kwalitatieve zorgverlening en een doeltreffende organisatie van de geneeskundige verzorging zoals bedoeld in artikel 36 van de gecoördineerde wet.

De NCGZ geeft uitdrukking aan haar akkoord omtrent het principe van het invoeren van het globaal medisch dossier voor het geheel van de bevolking.

De invoering van het systeem zal worden aangemoedigd door stimuli voor de patiënten die er hun belangstelling voor uitdrukken en voor de huisartsen, die volgende elementen zullen bevatten :

— een jaarlijkse basisvergoeding voor de geaccrediteerde huisartsen;

— een honorarium voor de geaccrediteerde of erkende huisarts voor het beheer van het globaal medisch dossier;

— een vermindering van het persoonlijk aandeel ten voordele van de patiënt.

I. Met het oog op een progressieve uitbreiding van het systeem naar de gehele bevolking toe wordt :

1. — met ingang vanaf 1 mei 2001 het systeem van het globaal medisch dossier opengesteld voor alle verzekerden van 50 jaar en ouder, en voor de chronisch zieken zoals omschreven in de nomenclatuur die in voege is vanaf 1 juni 2000;

— en met ingang vanaf 1 mei 2002 verder opengesteld voor de gehele bevolking.

2. Als stimuli voor de geneesheer worden ingesteld :

a. een jaarlijkse basisvergoeding voor de geaccrediteerde huisartsen als tussenkomst in de administratieve uitgaven verbonden aan het beheer van een globaal medisch dossier. Deze vergoeding bedraagt in 2001 5 000 BEF.

b. een honorarium ten behoeve van de geaccrediteerde of erkende huisarts voor het beheer van een globaal medisch dossier op uitdrukkelijk en vrijwillig verzoek van de verzekerde. Dit verzoek bevindt zich in het globaal medisch dossier op basis van de modaliteiten goedgekeurd door de NCGZ. Dit honorarium is eenmaal per jaar aanrekenbaar ter gelegenheid :

— van een raadpleging of een huisbezoek voor de verzekerden van 75 jaar en ouder en de chronisch zieken;

— van een raadpleging voor alle andere verzekerden (tot 1 mei 2002 beperkt tot de verzekerden van ouder dan 50 jaar).

Dit honorarium bedraagt in 2001 513 BEF.

3. aan de Minister van Sociale zaken en Pensioenen wordt voorgesteld om een vermindering van het persoonlijk aandeel door te voeren ten belope van 30 % van het huidig persoonlijk aandeel voor :

— de raadplegingen van de huisarts en de huisbezoeken voor de verzekerden van 75 jaar en ouder en de chronisch zieken die een globaal medisch dossier aan hun huisarts hebben toevertrouwd.

— de raadplegingen van de huisarts voor alle andere verzekerden die een globaal medisch dossier aan hun huisarts hebben toevertrouwd.

II. De verzekeringsinstellingen kunnen hun leden uitnodigen een dossierhoudend huisarts te kiezen, volgens de modaliteiten bepaald door de NCGZ.

III. Een permanente werkgroep, waarin huisartsen en geneesheren-specialisten vertegenwoordigd zijn, zal tegen 31 december 2001 aan de NCGZ een verslag voorleggen met :

1. een evaluatie van het bestaande systeem, wat betreft de administratief-organisatorische aspecten ervan;

2. een evaluatie van het functioneel gebruik van het globaal medisch dossier; meer bepaald zal onderzocht worden hoeverre het GMD de communicatie tussen huisartsen en specialisten bevordert. Desgevallend zal de werkgroep voorstellen doen om de geneesheren-specialisten te stimuleren de resultaten van door hen uitgevoerde onderzoeken evenals alle nuttige gegevens van (al dan niet verwezen) patiënten aan hun dossierhoudend huisarts over te maken en omgekeerd.

3. une proposition de procédure de "transmission de dossier" au cas où le patient souhaiterait confier son DMG à un autre médecin généraliste.

I. Durée de l'accord

I. Cet accord est conclu pour une période de deux ans et vient à échéance le 31 décembre 2002; il peut cependant être dénoncé, par lettre motivée recommandée à la poste, adressée au Président de la Commission nationale médico-mutualiste :

1. par une des parties :

dans les trente jours suivant la publication au *Moniteur belge*, de mesures de correction visées au § 8 de l'article 50 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Cette dénonciation peut être générale ou limitée à certaines prestations ou groupes de prestations et/ou à certains dispensateurs de soins, concernés par les mesures de correction.

En cas de dénonciation partielle, la lettre recommandée contiendra aussi les références précises des prestations ou des groupes de prestations et/ou des dispensateurs de soins qui sont visés.

Cette dénonciation produit ses effets à la date d'entrée en vigueur desdites mesures de correction.

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

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 précitée.

2. par un médecin :

a) dans le cas prévu au point II. La notification de la dénonciation doit être adressée dans les trente jours suivant la publication au *Moniteur belge* des dispositions concernées.

b) dans les trente jours suivant la publication au *Moniteur belge* de mesures telles que celles figurant au point 1. ci-dessus si elles ont un rapport avec la pratique qu'il exerce.

Cette dénonciation peut être générale ou être limitée à certaines prestations ou à certains groupes de prestations.

En cas de dénonciation partielle, la lettre recommandée contiendra aussi les références précises des prestations ou des groupes de prestations qui sont visés.

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

c) avant le 15 décembre 2001 pour l'année suivante.

En cas de dénonciation limitée de l'accord dans le courant de l'année 2001, la dénonciation est considérée comme concernant l'ensemble de l'accord à partir du 1^{er} janvier 2002.

d) Lorsqu'un acte législatif ou réglementaire d'une autorité modifie l'équilibre économique ou celui des droits et obligations de l'engagement en fonction duquel le médecin y a adhéré.

II. Les parties insistent pour que, lors de l'élaboration de la nomenclature, les procédures légales prévues soient suivies et qu'en cas d'intervention de l'autorité de tutelle, la concertation préalable nécessaire soit menée, notamment en informant le CTM et la CNMM.

En cas d'arrêté royal modifiant la nomenclature des prestations de santé, publié sur la proposition du Ministre des Affaires sociales, sans l'accord du Conseil technique médical et de la Commission nationale médico-mutualiste, la procédure suivante est suivie :

— une des parties peut demander que la Commission précitée prenne immédiatement connaissance de ses objections, dûment motivées, de façon détaillée et par écrit;

— les conclusions de la séance de la Commission précitée sont communiquées, le cas échéant, à l'autorité de tutelle;

— l'autorité de tutelle sollicite dans les 8 jours la convocation de la Commission en vue d'arriver, sous sa présidence, à une conciliation.

Si à l'issue de cette procédure, aucun compromis n'est trouvé, les parties peuvent décider de dénoncer l'accord à partir du premier jour du mois civil suivant, à moins que l'arrêté concerné ait fait l'objet d'un avis émis par la section du Conseil scientifique chargée de l'examen approfondi, en permanence, de la nomenclature, visée à l'article 19 de

3. een voorstel van procedure van "dossieroverdracht" voor het geval een patiënt zijn GMD aan een andere huisarts wenst toe te vertrouwen

I. Duur van het akkoord

I. Dit akkoord wordt gesloten voor een periode van twee jaar en verstrijkt op 31 december 2002, het mag evenwel met een ter post aangetekende gemotiveerde brief die is gericht aan de Voorzitter van de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen, worden opgezegd :

1. door één van de partijen :

binnen dertig dagen na de bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad*, van correctiemaatregelen bedoeld in artikel 50, § 8, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecombineerd op 14 juli 1994.

Die opzegging kan algemeen zijn of beperkt zijn tot bepaalde verstrekkingen of groepen van verstrekkingen en/of tot bepaalde verzorgingsverstrekkers op wie de correctiemaatregelen betrekking hebben.

In geval van gedeeltelijke opzegging moeten in de aangetekende brief ook de beoogde verstrekkingen of groepen van verstrekkingen en/of verzorgingsverstrekkers nauwkeurig worden vermeld.

Die opzegging heeft uitwerking met ingang van de datum waarop de bedoelde correctiemaatregelen in werking treden;

Een partij is deugdelijk vertegenwoordigd als ze op zijn minst 7 van de leden die haar vertegenwoordigen, verenigt.

De opzegging kan evenwel slechts uitwerking hebben als de opzeggende partij die opzegging bevestigt voor een dringend bijeengeroepen NCGZ, overeenkomstig de quorumregels bedoeld in artikel 50, § 2, alinea 4, van de voornoemde wet.

2. door een geneesheer :

a) in het onder punt II beoogde geval. Van de opzegging moet kennis worden gegeven binnen dertig dagen nadat de bedoelde bepalingen in het *Belgisch Staatsblad* zijn bekendgemaakt;

b) binnen dertig dagen na de bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad* van correctiemaatregelen zoals bedoeld onder punt 1. hiervoren indien deze betrekking hebben op de door hem uitgeoefende praktijk.

Die opzegging kan algemeen zijn of beperkt zijn tot bepaalde verstrekkingen of groepen van verstrekkingen.

In geval van gedeeltelijke opzegging moeten in de aangetekende brief ook de beoogde verstrekkingen of groepen van verstrekkingen nauwkeurig worden vermeld.

Die opzegging heeft uitwerking met ingang van de datum waarop de bedoelde correctiemaatregelen in werking treden.

c) vóór 15 december 2001 voor het volgende jaar.

In geval van beperkte opzegging van het akkoord in de loop van het jaar 2001 wordt de opzegging geacht betrekking te hebben op het hele akkoord vanaf 1 januari 2002.

d) indien een wetgevende of reglementaire akte van een overheid een wijziging aanbrengt in het economisch evenwicht of dat van de rechten en plichten voortvloeiend uit de conventie in functie waarvan de geneesheer is toetredend.

II. Partijen dringen erop aan dat bij de uitwerking van de nomenclatuur de voorziene wettelijke procedures worden gevolgd en dat ingeval van tussenkomst van de voogdijoverheid het nodige voorafgaandelijk overleg wordt gevoerd, o.m. via informatie aan de TGR en aan de NCGZ.

Ingeval van bekendmaking van een koninklijk besluit tot wijziging van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen op voorstel van de Minister van Sociale zaken zonder de instemming van de Technische geneeskundige raad en van de Nationale Commissie Geneesheren-ziekenfondsen wordt volgende procedure gevolgd :

— één van de partijen kan vragen dat de voornoemde Commissie onmiddellijk kennis neemt van haar bezwaren welke deugdelijk, uitvoerig en schriftelijk worden gemotiveerd;

— de conclusies van de vergadering van voornoemde Commissie worden desgevallend aan de voogdijoverheid overgemaakt;

— de voogdijoverheid roept binnen de 8 dagen de commissie bijeen ten einde onder haar voorzitterschap een verzoening te bereiken.

Indien na afloop van die procedure geen vergelijk wordt gevonden kunnen de partijen beslissen het akkoord op te zeggen met ingang van de eerste dag van de volgende kalendermaand, tenzij het betrokken besluit het voorwerp heeft uitgemaakt van een advies uitgebracht door de afdeling van de Wetenschappelijke Raad belast met de permanente

la loi SI, qui sera composée paritairement, d'une part, d'experts et, d'autre part, de représentants présentés par la CNMM.

L'avis précité doit avoir recueilli une majorité, tant en ce qui concerne les experts que pour ce qui est des représentants de la CNMM, étant entendu que la majorité de ces représentants doit être composée paritairement de médecins faisant partie des organisations professionnelles représentatives de médecins et de médecins appartenant aux organismes assureurs.

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

III. Les parties conviennent qu'elles n'appliqueront pas les règles de dénonciation fixées aux points I.1. et II. :

— en cas de publication au *Moniteur belge* de l'arrêté royal portant modification de la nomenclature d'où résulte une économie de 650 millions de BEF sur une base annuelle et à propos duquel le Conseil technique médical a formulé à l'unanimité un avis négatif le 23 mai 2000;

— à l'occasion des modifications apportées à la nomenclature concernant, d'une part, les honoraires de permanence [Coût : 300 millions de BEF] et, d'autre part, la radiothérapie, pour laquelle elles se réfèrent au point C.5. du présent accord.

J. Formalités

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 18 décembre 2000.

Date :

Signature :

2. Les médecins, autres que ceux qui ont notifié, conformément aux dispositions prévues sous 1, leur refus d'adhésion aux termes de l'accord conclu le 18 décembre 2000 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) 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 1. La lettre comportera les mentions suivantes :

1° Pour les médecins de médecine générale :

Je soussigné,

Nom et prénoms :

Adresse complète :

.....

.....

doorlichting van de nomenclatuur bedoeld in artikel 19 van de GVU-wet, welke paritair zal samengesteld worden uit experten anderzijds en vertegenwoordigers voorgesteld door de NCGZ anderzijds.

Voorvoemd advies dient een meerderheid te hebben bekomen zowel wat de experts betreft als wat de vertegenwoordigers van de NCGZ betreft, met dien verstande dat de meerderheid van deze vertegenwoordigers paritair moet samengesteld zijn uit artsen behorend tot de representatieve beroepsorganisaties van geneesheren en artsen behorend tot de verzekeringsinstellingen.

Een partij is deugdelijk vertegenwoordigd als ze op zijn minst 7 van de leden die haar vertegenwoordigen, verenigt.

III. De partijen komen overeen dat ze de opzeggingsregelingen vermeld in punt I. 1. en II. niet zullen toepassen :

— in geval van de bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad* van het koninklijk besluit tot wijziging van de nomenclatuur waaruit een besparing van 650 miljoen BEF op jaarbasis voortvloeit en waarover de TGR op 23 mei 2000 een unaniem negatief advies heeft geformuleerd;

— ter gelegenheid van de wijzigingen in de nomenclatuur inzake enerzijds de permanentiehonoraaria (kostprijs 300 miljoen BEF) en anderzijds de radiotherapie, waarbij ze verwijzen naar punt C.5. van onderhavig akkoord.

J. Formaliteiten

1. De geneesheren die weigeren toe te treden tot de termen van dit akkoord, geven kennis van hun weigering binnen dertig 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 in de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, Tervurenlaan 211, 1150 Brussel.

In die brief moet het volgende staan :

Ik, ondergetekende,

Naam en voornamen :

Volledig adres :

.....

.....

Hoedanigheid :

Algemeen geneeskundige/geneesheer-specialist voor

..... (doorhalen wat niet past a.u.b.)

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

verklaar dat ik weiger toe te treden tot de termen van het op 18 december 2000 gesloten nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen.

Datum :

Handtekening :

2. De andere geneesheren dan degene die, overeenkomstig de bepalingen welke zijn vermeld onder 1, kennis hebben gegeven van hun weigering tot toetreding tot de termen van het akkoord dat op 18 december 2000 in de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen is gesloten, worden ambtshalve geacht tot dit akkoord te zijn toetreden 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;

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 1 vermelde adres. In de brief moet het volgende staan :

1° Voor de algemeen geneeskundigen :

Ik, ondergetekende,

Naam en voornaam :

Volledig adres :

.....

.....

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 18 décembre
 2000, 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 18 décembre
 2000, 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 :

Full-time :

Total des heures par semaine	Etablissement
.....

Part-time :

Jours	Etablissement	Heures
.....
.....

Jours	Cabinet : lieu	Heures
.....
.....

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

Jours	Activité	Heures
.....
.....

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

verklaar mijn beroepsactiviteit, uitgeoefend overeenkomstig de bedin-
 gen van het op 18 december 2000 gesloten nationaal akkoord
 geneesheren-ziekenfondsen, te beperken onder de volgende voorwaar-
 den inzake tijd en plaats :

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

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

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

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

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

Plaats	Dagen	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 bedin-
 gen van het op 18 december 2000 gesloten nationaal akkoord
 geneesheren-ziekenfondsen, te beperken onder de volgende voorwaar-
 den inzake tijd en plaats :

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

— Beroepsactiviteit die ten minste vijftientig uren per week
 omvat :

Voltijds :

Inrichting	Totaal aantal uren per week
.....

Deeltijds :

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

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

— Beroepsactiviteit die ten minste drie vierde van de beroepsacti-
 viteit omvat :

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

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

Jours	Activité	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 :

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

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.

K. Information du bénéficiaire - transparence

I. Dispositions générales

A.1. Pas de suppléments d'honoraires pour les médecins conventionnés pour des patients hospitalisés en salle commune ou en chambre à deux lits.

A.2. Les médecins conventionnés ne peuvent réclamer de suppléments pour des patients en salle commune ou en chambre à deux lits pour l'exécution ambulatoire, dans la fonction d'hôpital de jour, des prestations suivantes, mentionnées dans l'article 4, § 4, c), et § 5 de la convention entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs :

— lors de l'administration d'une médication chimiothérapique de la catégorie de remboursement A, nécessitant une surveillance médicale et infirmière en cas de perfusion intravasculaire nécessaire pour des motifs thérapeutiques ou d'instillation intracavitaire ou intravésicale, pour laquelle est dû un forfait de journée d'entretien (code de facturation maxi 0761235 - 0761246, code de prestation relatif 0761353-364 et 0761390-401) égal à la partie B2 du prix de la journée d'entretien de l'établissement;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Datum :

Handtekening :

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

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 toegetreden en waarin ook de raadplegingsdagen en -uren zijn opgegeven waarop ze de tarieven van dit akkoord toepassen alsmede de raadplegingsdagen en -uren waarop ze die tarieven niet toepassen.

K. Informeren van de rechthebbende - doorzichtigheid

I. Algemene bepalingen

A.1. Geen ereloonsupplementen voor geconventioneerde geneesheren voor gehospitaliseerde patiënten in meer- en tweepersoonskamers.

A.2. Geen ereloonsupplementen door geconventioneerde geneesheren kunnen worden gevraagd voor patiënten in twee- of tweepersoonskamers voor de ambulante uitvoering in de dagziekenhuisfunctie van de volgende verstrekkingen, vermeld in de overeenkomst tussen de verpleeginrichtingen en de verzekeringsinstellingen, artikel 4, § 4, c), en § 5 :

— bij de toediening van een chemotherapeutische medicatie van de vergoedingscategorie A, waarin een geneeskundig en verpleegkundig verzicht nodig is, in geval van een om therapeutische redenen noodzakelijk intravasculaire infusie of een intracavitaire of intravésicale instillatie, waarbij een verpleegdagforfait (maxi afrekencode 0761235 - 0761246 relatieve prestatiecode 0761353-364 en 0761390-401) gelijk aan het deel B 2 van de verpleegdagprijs van de instelling verschuldigd is;

— pour les prestations figurant dans la liste limitative jointe en annexe II à la convention précitée pour lesquelles un forfait de journée d'entretien A, B, C ou D est dû.

A.3. En ce qui concerne les salles communes et les chambres à deux lits, les médecins non conventionnés peuvent demander des suppléments en sus des honoraires conventionnels, sauf pour les bénéficiaires visés dans l'article 2 de l'arrêté royal du 3 novembre 1993 portant exécution de l'article 37 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, de l'article 34, 14° et de l'article 37, § 16 bis de la même loi. Le Roi peut étendre cette règle à d'autres catégories d'assurés.

II. Modifications de lois et procédures proposées par la CNMM

B. Il est proposé au Ministre des Affaires sociales et des Pensions compétent d'abroger l'article 50 bis de la loi précitée et d'insérer dans cette loi une disposition analogue à celle de l'ancien article 138 de la loi sur les hôpitaux. Il y a lieu de prévoir dans cette disposition que la réglementation générale de l'hôpital comporte une clause dans laquelle sont fixés les honoraires maximums, sans préjudice du point A.3.

Cette clause sera transmise aux organismes assureurs par l'entremise de l'INAMI.

Cette disposition s'applique à tous les suppléments en sus des honoraires conventionnels en cas d'hospitalisation, quel que soit le type de chambre, ainsi qu'en cas d'hospitalisation de jour.

Il sera également demandé au Ministre des Affaires sociales et des Pensions d'introduire les procédures suivantes :

C.1. Communication du gestionnaire de l'hôpital au Conseil médical et aux organismes assureurs des médecins qui n'ont pas adhéré à l'accord et qui ne s'engagent pas à respecter les tarifs qui y sont prévus.

C.2. Obligation du gestionnaire et du Conseil médical de garantir des soins aux patients hospitalisés dans tous les services et dans toutes les disciplines aux tarifs de l'accord. Ce principe est également valable en cas d'hospitalisation de jour.

C.3. En cas d'hospitalisation, signature par le patient avant l'admission d'un document sur lequel figure tout supplément pour la chambre et pour les honoraires des médecins qui peut être porté en compte en sus des tarifs conventionnels. Le même principe s'applique à l'hospitalisation de jour.

En ce qui concerne la procédure d'affichage à l'égard des médecins conventionnés, il est fait référence au point J.4 du présent accord.

C.4. L'approbation des propositions contenues au point K. II est liée à l'approbation du présent accord par le Ministre.

L. Conditions d'application de l'accord.

§ 1^{er}. Les dispositions du présent accord s'appliquent à toutes les prestations figurant à la nomenclature des prestations de santé.

§ 2. Le médecin qui accepte les termes du présent accord fournira aux bénéficiaires de l'assurance soins de santé les documents nécessaires au remboursement de l'assurance.

§ 3. 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 :

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

— bij de verstrekkingen opgenomen in de limitatieve lijst als bijlage II van de bedoelde overeenkomst, waarbij een verpleegdagforfait A, B, C of D verschuldigd is.

A.3. Wat de meer- en tweepersoonskamers betreft, kunnen door niet-geconventioneerde geneesheren supplementen boven de conventionele honoraria worden gevraagd behalve voor de rechthebbenden bedoeld in artikel 2 van het koninklijk besluit van 3 november 1993 tot uitvoering van artikel 37 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en van artikel 34, 14° en artikel 37, § 16 bis van dezelfde wet. De Koning kan deze regel uitbreiden tot andere categorieën van verzekerden.

II. Door de NCGZ voorgestelde wetswijzigingen en procedures

B. Aan de Minister van Sociale Zaken en Pensioenen wordt voorgesteld om artikel 50bis van de voornoemde wet te schrappen en te vervangen en een bepaling in die wet in te voeren gelijkaardig aan deze van het vroegere artikel 138 van de ziekenhuiswet. Hierin dient te worden voorzien dat in de algemene reglementering van het ziekenhuis een clausule wordt opgenomen, waarin maxima honoraria worden vastgesteld, onverminderd punt A.3.

Deze clausule wordt via het RIZIV aan de verzekeringsinstellingen overgemaakt.

Deze bepaling is van toepassing op alle supplementen boven de conventionele honoraria ingeval van hospitalisatie, ongeacht het kamertype, en ingeval van daghospitalisatie.

Tevens zal worden voorgesteld aan de Minister van Sociale Zaken en Pensioenen de volgende procedures in te voeren :

C.1. Mededeling van de ziekenhuisbeheerder aan de medische raad en aan de verzekeringsinstellingen van de geneesheren die niet tot het akkoord zijn toetreden en die zich niet verbinden tot de naleving van de daarin voorziene tarieven.

C.2. Garantie vanwege de beheerder en de medische raad om gehospitaliseerde patiënten in alle diensten en voor alle disciplines een verzorging te waarborgen tegen de tarieven van het akkoord. Dit beginsel geldt ook in geval van daghospitalisatie.

C.3. Ingeval van hospitalisatie, ondertekening door de patiënt vóór de opname van een document waarin elk supplement voor de kamer en voor de honoraria van de geneesheren wordt megedeeld dat boven de conventionele tarieven kan in rekening worden gebracht. Eenzelfde beginsel geldt op het vlak van daghospitalisatie.

Wat affichageprocedure t.a.v. geconventioneerde geneesheren betreft wordt verwezen naar punt J.4. van onderhavig akkoord.

C.4. De goedkeuring van de voorstellen vervat in punt K. II is gebonden aan de goedkeuring van onderhavig akkoord door de Minister.

L. Voorwaarden waaronder het akkoord wordt toegepast.

§ 1. De bedingen van dit akkoord gelden voor alle verstrekkingen die in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen zijn opgenomen.

§ 2. De geneesheer die de bedingen van dit akkoord aanvaardt, moet aan de rechthebbenden van de verzekering voor geneeskundige verzorging de bescheiden uitreiken die voor de vergoeding door de verzekering nodig zijn.

§ 3. Algemeen geneeskundigen.

Behalve ingeval 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 uren 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 :

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

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

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;

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.

§ 4. 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 :

a) 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;

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

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

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

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

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.

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

soit 2 100 000 BEF (52 058 EURO) par ménage, augmentés de 70 000 BEF (1 735 EURO) par personne à charge, lorsqu'il n'y a qu'un seul titulaire;

soit 1 400 000 BEF (34 705 EURO) par titulaire, augmentés de 70 000 BEF (1 735 EURO) par personne à charge, lorsqu'il y a plusieurs titulaires.

§ 6. En cas de dépassement des honoraires ou des indemnités de déplacement fixés par le présent accord, le bénéficiaire peut réclamer au médecin une indemnité forfaitaire s'élevant à trois fois le montant du dépassement, avec un minimum de 500 F.

M. Recommandations à l'autorité de tutelle

La Commission nationale médico-mutualiste formule à l'égard du Ministre des Affaires sociales à nouveau les recommandations suivantes :

1. En concertation avec toutes les autorités compétentes, il y a lieu de rechercher une solution structurelle aux problèmes que pose la responsabilité civile des médecins, notamment en ce qui concerne l'augmentation importante des primes d'assurance.

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

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;

4. de raadplegingen op 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.

§ 4. Geneesheren-specialisten.

Behalve ingeval 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 :

a) 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 uren per week welke zijn activiteit in de verplegingsinrichting en/of zijn open raadplegingen omvat, hetzij drie vierde van zijn totale activiteit vertegenwoordigt;

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

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

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

2. de oproepen thuis, behalve wanneer het gaat om consulten, aangevraagd door de behandelend geneesheer;

3. de op afspraak gevraagde verstrekkingen buiten de in het vorige lid bedoelde consulten.

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.

§ 5. 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 de jaarlijkse belastbare inkomsten hoger liggen dan :

hetzij 2 100 000 BEF (52 058 EURO) per gezin, verhoogd met 70 000 BEF (1 735 EURO) per persoon ten laste, wanneer er maar één gerechtigde is;

hetzij 1 400 000 BEF (34 705 EURO) per gerechtigde, verhoogd met 70 000 BEF (1 735 EURO) per persoon ten laste, wanneer er verscheidene gerechtigden zijn.

§ 6. Ingeval de bij dit akkoord vastgestelde honoraria of reisvergoedingen worden overschreden, mag de rechthebbende van de geneesheer een vaste vergoeding vorderen, die gelijk is aan driemaal het bedrag van de overschrijding, met een minimum van 500 F.

M. Aanbevelingen aan de voogdijoverheid

De Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen formuleert ten aanzien van de Minister van Sociale Zaken en Pensioenen opnieuw de volgende aanbevelingen :

1. In overleg met alle bevoegde overheden moet gewerkt worden aan een structurele oplossing van de problemen rond de burgerlijke aansprakelijkheid van de geneesheren, met name wat betreft de belangrijke verhoging van de verzekeringspremies.

2. Les initiatives nécessaires doivent être prises afin que la Commission nationale médico-mutualiste soit intéressée, de façon adéquate, à la mise en oeuvre et au suivi de toute réglementation ayant une incidence sur le secteur médical, donnant lieu à un financement par l'assurance maladie. En particulier, de nouvelles initiatives doivent être prises pour compenser les effets directs et indirects des CCT relatifs aux hôpitaux pour les honoraires médicaux en question.

3. Les indemnités des maîtres de stage en médecine générale doivent être adaptées.

4. Les moyens budgétaires pour les interventions forfaitaires pour la dialyse doivent être transférés aux honoraires médicaux.

La Commission nationale médico-mutualiste souhaite attirer l'attention des pouvoirs publics sur la grande importance qu'elle attache à la maîtrise de l'offre médicale.

N. Missions

1. La CNMM charge le CTM de formuler en priorité et au plus tard le 30 juin 2001, des propositions concernant :

— le calcul et les modalités de remboursement des honoraires (forfaitairement et à l'acte) en matière de biologie clinique pour les patients hospitalisés et traités ambulatoirement;

— une révision et une simplification de l'application de l'article 26 de la nomenclature (urgences);

— une révision de la nomenclature des prestations pour les médecins spécialistes en psychiatrie, y compris la psychiatrie ambulatoire, la psychiatrie de liaison et les honoraires de surveillance, qui permettra, en ce qui concerne ces derniers dans le cadre d'une révision globale, de porter attention à la présence minimum exigée et au fonctionnement global des services concernés et de subdiviser la nomenclature en prestations psychiatriques et prestations neurologiques;

— des honoraires de coordination pour le médecin spécialiste pour les traitements de l'insuffisance rénale sous la responsabilité d'un centre d'autodialyse collective, dialyse péritonéale ambulatoire et dialyse à domicile.

2. La CNMM charge le CTM de formuler, au cours de l'année 2001, des propositions concernant :

— un rééquilibrage fondamental de la nomenclature en vue d'un équilibre correct entre les honoraires pour prestations intellectuelles et ceux pour prestations techniques;

— une révision et une simplification de l'application de la nomenclature, notamment en ce qui concerne les articles 12 (anesthésie), 13 (réanimation) et 25 (honoraires de surveillance), en particulier en ce qui concerne les honoraires de surveillance dans les services K;

— l'harmonisation des prestations de rééducation fonctionnelle pluridisciplinaire dans la physiothérapie, avec les prestations mentionnées dans les conventions de rééducation fonctionnelle locomotrice, et la kinésithérapie;

— une rémunération adéquate des activités des gériatres, en particulier en ce qui concerne les honoraires de surveillance et la consultation gériatrique précédant l'hébergement dans une M.R.S.;

— une égalisation des honoraires des médecins en formation professionnelle à ceux des médecins agréés.

— une révision de la nomenclature concernant les transplantations de moelle osseuse.

3. La CNMM charge un groupe de travail, dans lequel siègent entre autres, des membres du Conseil technique médical, de faire des propositions concernant les services de garde pour les médecins généralistes et leur relation fonctionnelle avec les services d'urgence des hôpitaux. Les propositions, pour lesquelles un budget de 60 millions de BEF est disponible pour 2001 et un budget de 100 millions de BEF pour 2002, concernent notamment :

- l'organisation et l'accessibilité des services de garde;
- la nomenclature et les honoraires;
- les montants des quotes-parts personnelles des patients;
- la perception obligatoire ou non de la quote-part personnelle;
- l'application du régime du tiers payant, y compris pour les prestations techniques effectuées dans le cadre du service de garde.

2. De nodige initiatieven moeten worden genomen opdat de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen op een passende wijze betrokken zou worden bij het totstandkomen en het opvolgen van elke regelgeving die gevolgen heeft voor de medische sector en die financiering vanwege de ziekteverzekering teweegbrengt. In het bijzonder moeten nieuwe initiatieven worden genomen om de rechtstreekse en onrechtstreekse gevolgen van de ziekenhuis - CAO's voor de betrokken artsenhonoraria op te vangen.

3. De vergoedingen van de stagemeesters in de huisartsgeneeskunde moeten worden aangepast.

4. De financiële middelen voor de forfaitaire tegemoetkomingen inzake dialyse moeten worden ondergebracht bij de honoraria voor de geneesheren.

De Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen wenst de aandacht van de overheid te vestigen op het groot belang dat zij hecht aan de beheersing van het medisch aanbod.

N. Opdrachten

1. De NCGZ geeft aan de TGR de opdracht om bij voorrang en ten laatste op 30 juni 2001 voorstellen te formuleren aangaande :

— de berekening en de vergoedingswijze van de honoraria (forfaitair en per prestatie) inzake klinische biologie voor opgenomen en ambulante verzorgde patiënten;

— een herziening en vereenvoudiging van de toepassing van artikel 26 van de nomenclatuur (urgentie);

— een herziening van de nomenclatuur van de prestaties voor geneesheren-specialisten in de psychiatrie, met inbegrip van de ambulante psychiatrie, de liaison psychiatrie en de toezichtshonoraria, waarbij voor laatstgenoemde honoraria in het kader van een globale herziening aandacht wordt besteed aan de vereiste minimumaanwezigheid en aan het globaal functioneren van de desbetreffende diensten, en waarbij de nomenclatuur wordt opgesplitst in psychiatrische en neurologische prestaties;

— een coördinatiehonorarium voor de geneesheer-specialist bij het toepassen van de nierfunctieervangende behandelingen onder verantwoordelijkheid van een centrum voor collectieve autodialyse, ambulante peritoneale dialyse en thuisdialyse.

2. De NCGZ geeft de opdracht aan de TGR om voorstellen te formuleren in de loop van het jaar 2001 aangaande :

— een fundamentele herijking van de nomenclatuur met het oog op een correct evenwicht tussen de honoraria voor intellectuele en deze voor technische verstrekingen;

— een herziening en vereenvoudiging van de toepassing van de nomenclatuur, in het bijzonder aangaande de artikelen 12 (anesthesie), 13 (reanimatie), en 25 (toezichtshonoraria), in het bijzonder wat betreft de toezichtshonoraria in de K-diensten;

— de onderlinge afstemming van de prestaties inzake pluridisciplinaire revalidatie in de fysiotherapie, de prestaties opgenomen in de overeenkomsten inzake de locomotorische revalidatie, en de kinesitherapie;

— een adequate honorering van de activiteiten van de geriaters, in het bijzonder wat betreft de toezichtshonoraria en het geriatriesch consult voorafgaand aan een opname in een R.V.T.;

— een gelijkschakeling van de honoraria voor de artsen in beroepsopleiding met die voor de erkende artsen;

— een herziening van de nomenclatuur inzake beenmergtransplantaties.

3. De NCGZ belast een werkgroep, waarin onder meer leden van Technische geneeskundige raad zitting hebben, voorstellen te doen betreffende de wachtdiensten voor huisartsen en hun functionele relatie met de spoedgevallendiensten van de ziekenhuizen. De voorstellen, waarvoor voor 2001 een budget van 60 miljoen BEF en voor 2002 een budget van 100 miljoen BEF beschikbaar is, hebben inzonderheid betrekking op :

- de organisatie en de toegankelijkheid van de wachtdiensten;
- de nomenclatuur en de honoraria;
- het bedrag van de persoonlijke aandelen van de patiënten;
- de al dan niet verplichte inning van de persoonlijke aandelen;
- de toepassing van de derdebetalersregeling, inclusief voor de technische prestaties verricht in het kader van de wachtdienst.

4. La CNMM charge également des groupes de travail distincts ad hoc, au cours du présent accord :

- de procéder à une analyse du comportement prescripteur;
- d'examiner le problème de l'engagement partiel.

— d'étudier les possibilités et les modalités d'un financement du fonctionnement des organisations professionnelles représentatives des médecins dans le cadre de l'assurance maladie.

Le dernier groupe de travail fera rapport à la CNMM avant la fin de l'an 2001.

Les autres groupes de travail feront rapport à la CNMM et formuleront des propositions et des recommandations concrètes avant la fin de l'an 2002.

O. Dispositions finales

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 2001, des honoraires prévus par l'accord avant même la mise en vigueur de ce dernier.

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 à la franchise sociale et des malades chroniques.

3. La CNMM recommande aux médecins qui adhèrent à l'accord, d'appliquer les dispositions du présent accord qui règlent 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.

Notes

(1) Les montants mentionnés sont des montants sur base annuelle.

(2) Comité de l'assurance du 29 mai 2000 :

1° un projet d'A.R. adaptant la nomenclature de médecine générale en fonction des nouvelles dispositions concernant l'agrément des médecins généralistes;

2° un projet d'A.R. adaptant la nomenclature de biologie clinique (reformulation plus correcte des libellés actuels, révision des règles diagnostiques et des règles de cumul, adaptation de la règle concernant l'examen cytopathologique préventif);

3° un projet d'A.R. reprenant les frais d'inscription à Eurotransplant dans la prestation 318253 - 318264 (honoraires forfaitaires pour supervision médicale de la préparation et de l'organisation d'une transplantation d'organes) et revalorisant le montant du remboursement de la prestation;

4° un projet d'A.R. scindant les prestations d'échographie selon qu'elles sont effectuées par un radiologue ou un connexiste et introduisant l'échographie de stress;

5° un projet d'A.R. en matière de chirurgie (greffe d'intestins, scission de la prestation relative à la mise en place d'implants ostéo-intégrables, prestation pour réduction du volume pulmonaire, etc....);

6° un projet d'A.R. introduisant en one day une consultation pré-opératoire pour l'anesthésiste et des prestations pour le contrôle de la douleur aiguë post-opératoire après intervention sous anesthésie générale et pour la douleur chronique;

(3) En ce compris une proposition de modification de la nomenclature du CTM par laquelle une augmentation du remboursement des prestations d'endoscopies en gastro-entérologie, pneumologie, urologie, ORL et gynécologie est prévue pour la désinfection des endoscopes.

En ce compris une révision par le Conseil technique médical des honoraires pour les prestations 475554 - 475565 et 475576 - 475580 (phonocardiogramme) (Economie : 84 millions de BEF).

4. Tevens belast de NCGZ afzonderlijke werkgroepen ad hoc met de opdracht tijdens de periode van dit akkoord :

- een analyse uit te voeren van het voorschrijfgedrag;
- het probleem van de gedeeltelijke toetreding tot het akkoord te bestuderen.

— de mogelijkheden en de modaliteiten te bestuderen van een financiering van de werking van de representatieve beroepsorganisaties van geneesheren in het kader van de ziekteverzekering.

Laatstgenoemde werkgroep brengt zijn verslag uit aan de NCGZ voor einde 2001.

De andere werkgroepen brengen verslag uit aan de NCGZ en doen terzake voor einde 2002 concrete voorstellen en aanbevelingen.

O. Slotbepalingen

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 2001 in acht te nemen, nog vóór het akkoord in werking is getreden.

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

3. De NCGZ beveelt de geneesheren die toetreden tot het akkoord aan de bepalingen van dit akkoord die de erelonen regelen eveneens toe te passen op de prestaties opgenoemd 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, voor de zelfstandigen, helpers en niet bezoldigde leden van de kloostergemeenschappen die toegetreden zijn tot een dienst geneeskundige verzorging georganiseerd krachtens het artikel 27bis van de wet van 6 augustus 1990 op de ziekenfondsen.

Nota's

(1) De vermelde bedragen zijn bedragen op jaarbasis.

(2) Verzekeringscomité van 29 mei 2000 :

1° een ontwerp van K.B. tot aanpassing van de nomenclatuur inzake algemene geneeskunde, rekening houdende met de nieuwe bepalingen betreffende de erkenning van de huisartsen;

2° een ontwerp van K.B. tot aanpassing van de nomenclatuur inzake klinische biologie (correctere herformulering van de huidige omschrijvingen, herziening van de diagnoseregels en van de cumulatierregels, aanpassing van de regel betreffende het preventief cytopathologisch onderzoek);

3° een ontwerp van K.B. waarbij de kosten voor inschrijving bij Eurotransplant worden opgenomen in de verstrekking 318253 - 318264 (forfaitair honorarium voor de medische gesuperviseerde voorbereiding en organisatie van een orgaantransplantatie) en het bedrag van de vergoeding van de verstrekking wordt gehewaardeerd;

4° een ontwerp van K.B. waarbij de echografieverstrekkingen worden gesplitst naargelang ze worden uitgevoerd door een radioloog of een connexist, en waarbij de stresschografie wordt ingevoerd;

5° een ontwerp van K.B. betreffende heelkunde (transplantatie van dunne darm, splitsing van de verstrekking betreffende de plaatsing van osteoïntegreerde implantaten, verstrekking voor vermindering van het longvolume, enz.);

6° een ontwerp van K.B. tot invoering, in de one day clinic, van een preoperatieve raadpleging voor de anesthesist en van verstrekkingen voor de controle op acute postoperatieve pijn na een ingreep onder algemene anesthesie en voor chronische pijn.

(3) En met inbegrip van een voorstel tot wijziging van de nomenclatuur van de Technische geneeskundige raad waarbij voor de desinfectie van endoscopen een verhoging van de vergoeding wordt voorzien voor de prestaties van endoscopies in gastroenterologie, pneumologie, urologie, ORL en gynecologie.

En met inbegrip van een herziening door de Technische geneeskundige raad van de honoraria voor de prestaties 475554 - 475565 en 475576 - 475580 (fonocardiogram) (Besparing : 84 miljoen BEF).