

Succession en déshérence de Bart Marcelle

Bart Marcelle, née à Jemappes le 5 mars 1950, domiciliée à Péruwelz, avenue de la Basilique (B.S.) 18, est décédée à Péruwelz le 22 août 2012, sans laisser de successeur connu.

Avant de statuer sur la demande de l'Administration générale de la Documentation patrimoniale tendant à obtenir, au nom de l'Etat, l'envoi en possession de la succession, le tribunal de première instance de Tournai, a, par ordonnance du 18 septembre 2014, prescrit les publications et les affiches prévues par l'article 770 du Code civil.

Mons, le 29 septembre 2014.

Le directeur régional a.i.,
Christian Honorez.

(55327)

Erfloze nalatenschap van Bart Marcelle

Bart Marcelle, geboren te Jemappes op 5 maart 1950, wonende te Péruwelz, avenue de la Basilique (B.S.) 18, is overleden te Péruwelz op 22 augustus 2012, zonder bekende erfopvolger na te laten.

Alvorens te beslissen over de vraag van de Algemene Administratie van de Patrimoniumdocumentatie, namens de staat tot inbezitstelling van de nalatenschap, heeft de rechtbank van eerste aanleg van Doornik, bij beschikking van 18 september 2014, de bekendmakingen en aanplakkingen voorzien bij artikel 770 van het Burgerlijk Wetboek bevolen.

Brussel, 29 september 2014.

De directeur a.i.,
Christian Honorez

(55327)

Succession en déshérence de Vanhoolandt, Himelda Jeanne

Mme Vanhoolandt, Himelda Jeanne, née à Renaix le 21 novembre 1922, fille de Vanhoolandt, Emile et de Vandenhove, Maria, domiciliée à 9600 Renaix, rue des Apprêteurs 19, est décédée à Renaix le 7 octobre 2010, sans laisser de successeur connu.

Avant de statuer sur la demande de l'Administration de la Taxe sur la valeur ajoutée, de l'Enregistrement et des Domaines tendant à obtenir au nom de l'Etat, l'envoi en possession de la succession, le tribunal de première instance d'Oudenaarde, a, par ordonnance du 8 juillet 2014, prescrit les publications et affiches prévus par l'article 770 du Code civil.

Le directeur régional,
Nadja De Wolf

(55328)

Erfloze nalatenschap van Vanhoolandt, Himelda Jeanne

Mevr. Vanhoolandt, Himelda Jeanne, geboren te Ronse op 21 november 1922, dochter van Vanhoolandt Emile en Vandenhove, Maria, wonende te 9600 Ronse, Bereidersstraat 19, is overleden te Ronse op 7 oktober 2010, zonder gekende erfopvolger na te laten.

Alvorens te beslissen over de vraag van de Administratie van de btw, registratie en domeinen, om namens de staat, de inbezitstelling te bekomen van de nalatenschap, heeft de rechtbank van eerste aanleg van Oudenaarde, bij bevelschrift van 8 juli 2014, de bekendmakingen en aanplakkingen voorgeschreven bij artikel 770 van het Burgerlijk Wetboek bevolen.

De gewestelijke directeur,
Nadja De Wolf

(55328)

SERVICE PUBLIC FEDERAL SECURITE SOCIALE

[C – 2014/22587]

Accord national médico-mutualiste 2015**ACCORD NATIONAL MEDICO-MUTUALISTE 2015**

En vertu des articles 26, 50 et 51 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, la Commission nationale médico-mutualiste (ci-après CNMM), sous la présidence de M. Johan De Cock a conclu, le 22 décembre 2014, l'accord suivant pour l'année 2015. Compte tenu du contexte financier et économique difficile et dans l'attente du calendrier des réformes visées au point 1.2., la durée de l'accord est limitée à 1 an.

1. LE CONTEXTE

1.1. La CNMM a pris connaissance de la déclaration de politique de la ministre des Affaires sociales du 13 novembre 2014 dans laquelle elle affirme : « Je compte particulièrement sur les dispensateurs de soins et les mutualités qui, dans le cadre du modèle de concertation de notre assurance maladie, ont une grande liberté, et donc une grande responsabilité pour engager les dépenses dans nos soins de santé de façon la plus ciblée possible » et elle s'engage à les associer étroitement au développement de la politique.

La CNMM attache une grande importance à la garantie des principes de la concertation et en particulier au respect des dispositions de l'accord, non seulement par les parties qui y ont souscrit mais aussi par le gouvernement.

1.2. Par ailleurs, la CNMM insiste pour être associée dès le départ de manière intensive aux Task Forces que le gouvernement mettra en place au sujet de la réforme du financement des hôpitaux, de la nomenclature et de l'arrêté royal n° 78. Elle souhaite que les compétences de la CNMM soient respectées.

1.3. Le présent accord répond aussi aux attentes du gouvernement, à savoir la formulation d'objectifs explicites relatifs à la promotion de la santé et des soins de santé. Ces objectifs concernent la santé en ligne (eHealth), l'usage rationnel des médicaments et la réduction de la polymédication, l'usage correct des services de garde et d'urgence, la promotion de l'utilisation de l'« evidence-based » des infrastructures et du DMG.

2. L'OBJECTIF BUDGETAIRE PARTIEL 2015

La CNMM constate que le Conseil général de l'INAMI a, en sa séance du 21 octobre 2014, pris une décision concernant la fixation de l'objectif budgétaire global 2015 et sa ventilation en objectifs budgétaires partiels.

L'objectif budgétaire partiel pour les honoraires des médecins est fixé pour 2015 à 7.770.864 milliers d'euros, majorés d'un montant de 148.803 milliers d'euros pour les honoraires de dialyse rénale.

Les montants précités sont respectivement 1,52% supérieurs et 6,76% inférieurs aux estimations techniques les plus récentes de l'INAMI pour l'année 2014.

Les enveloppes pour la biologie clinique et l'imagerie médicale sont fixées respectivement à 1.279.239 milliers d'euros et 1.218.580 milliers d'euros, soit respectivement 1,21% et 1,78% de plus que la dernière estimation technique de l'INAMI pour l'année 2014.

3. LES ECONOMIES

Le gouvernement a décidé de procéder à un saut d'index corrigé sur le plan social pour les salaires. Parallèlement à cela, le gouvernement a décidé de demander un effort équivalent aux secteurs de la nomenclature. Cet effort correspond à un non-octroi unique de la masse d'indexation. Pour les honoraires des médecins, cet effort se monte à 42,4 millions d'euros.

De plus, il a été décidé de corriger tout dépassement constaté dans le secteur des prestations de réanimation (art. 13, § 1^{er} de la nomenclature, à l'exception de la prestation de dialyse n° 211525) par un montant supplémentaire de 19 millions d'euros en plus de l'adaptation déjà décidée.

La marge existante en ce qui concerne le DMG+ ne sera pas dépensée (17 millions d'euros). La mesure proposée par le gouvernement en matière de mammographie numérique est remplacée par une économie alternative (8,5 millions d'euros). Une autre correction technique concerne l'ajout d'un montant de 3 millions à l'objectif budgétaire partiel, qui avait été retenu lors de la répartition de l'objectif budgétaire 2015 par le Conseil général de la rubrique honoraires médecins en lieu et place de la rubrique divers.

En outre, ces marges comprennent également le produit non structurel du report au 1^{er} juillet 2015 de l'instauration du régime obligatoire du « tiers payant social » pour les bénéficiaires du régime préférentiel lors d'une consultation auprès d'un médecin généraliste (12,5 millions d'euros).

La CNMM constate qu'une réforme des tickets modérateurs pour les consultations de médecins spécialistes sera effectuée le 1^{er} janvier 2015. Désormais, ces tickets modérateurs seront fixés de manière uniforme à 3 EUR pour les bénéficiaires d'un régime préférentiel et de 12 EUR pour les autres bénéficiaires. Sans préjudice du respect des tarifs fixés par les médecins qui ont adhéré à l'accord, la CNMM demande avec insistance que les médecins qui n'adhèrent pas à l'accord modèrent les suppléments qu'ils demandent.

La CNMM prend connaissance des mesures décidées par le gouvernement concernant la prescription des molécules les moins chères pour les médicaments hors brevet. Avec l'ensemble des acteurs, une campagne d'information qui doit permettre aux médecins prescripteurs d'atteindre les objectifs poursuivis, sans modifier la qualité des soins, sera mise sur pied.

Début 2015, un feed-back sera envoyé aux médecins concernant les différents aspects de la prescription de médicaments et d'autres prestations.

La CNMM prie l'INAMI et le Comité d'évaluation des pratiques médicales en matière de médicaments d'organiser une conférence spéciale en 2015 sur le thème de la prescription rationnelle et du bon usage de médicaments, axée sur les domaines requérant une attention particulière (e.a. antibiotiques, psychotropes, polymédication,...).

A cet égard, il convient aussi d'explorer quels incitants peuvent être engagés à partir de 2016 sur la base des indicateurs proposés par la conférence. Cette conférence a pour objectif de proposer certains indicateurs en la matière.

4. LES MESURES

Dans les limites du cadre financier établi, la CNMM décide de prendre les mesures suivantes.

4.1. Les mesures relatives aux médecins généralistes

4.1.1. Vu la mesure générale de gel de l'indexation, les honoraires des médecins généralistes seront maintenus au niveau du 31 décembre 2014, sauf pour ce qui suit.

4.1.2. En attendant un couplage du DMG+ et du DMG basé sur des principes *evidence-based*, les honoraires pour l'ouverture et la gestion d'un DMG à partir du 1^{er} février 2015, sont fixés à 30 EUR. Le règlement du DMG+ est donc prolongé en 2015. La CNMM rappelle que désormais le DMG peut être prolongé par voie électronique.

4.1.3. Une deuxième mesure concerne l'extension future des trajets de soins. À cet égard, il est opté pour un modèle de soins génériques, coordonné par le médecin généraliste, accompagné d'une simplification des critères administratifs, de l'utilisation de documents informatisés et de l'application de l'échange de données. À cet égard, le lien avec le DMG sera assuré.

En 2015, le trajet de soins « diabète » sera élargi à une continuité des soins. À cet égard, un « un pré trajet » est instauré dont le groupe cible est constitué de tous les patients ayant un diabète de type 2 depuis la pose du diagnostic jusqu'à la prise en charge dans une convention du diabète ou bien la conclusion d'un trajet de soins.

Pour les médecins généralistes, un supplément d'honoraires sera instauré pour le suivi de ce groupe de patients. Ce supplément d'honoraires comprend le supplément pour le passeport diabète. Ce montant de 20 EUR par patient concerné est accordé à partir du 1^{er} février 2015 pour autant que le médecin généraliste ou la pratique de médecins généralistes identifie les patients, les enregistre et leur offre des soins adéquats, s'appuyant sur des recommandations de bonne pratique *evidence-based*. Ceci implique notamment que le médecin généraliste examine avec le patient ses objectifs individuels et les note dans le DMG, enregistre les données cliniques et biologiques. À cet effet, le libellé de la prestation 102852 est adapté.

Lors d'une deuxième étape, sans doute à partir de 2016, le médecin généraliste ou la pratique de médecins généralistes peut s'engager à s'inscrire dans une collaboration multidisciplinaire avec échange de données et à fournir aux patients l'accès à l'éducation et aux conseils sur l'activité physique.

Dans le courant de 2015, le Comité d'accompagnement Trajets de soins de la CNMM vérifiera également si le modèle de soins peut être étendu à d'autres pathologies.

4.1.4. Troisièmement, la politique en matière de postes de garde de médecine générale sera encore renforcée.

A cette fin :

- 15 nouveaux postes de garde de médecine générale ou des alternatives équivalentes pourront être créés dans des zones n'en disposant pas suffisamment, en tenant compte d'une répartition régionale équilibrée;

- la politique en matière de gestion efficiente des moyens attribués sera poursuivie et la disponibilité des postes de garde de médecine générale sera davantage uniformisée;

- les postes de garde de médecine générale établiront, avant fin 2015, un plan de conventions avec les services d'urgences de la région afin de rationaliser le recours aux services de garde, postes de garde et services d'urgences. La CNMM établira, pour le 31 mars 2015, un modèle de plan de conventions intégré qui contient les orientations en matière de politique de renvoi. Ce plan constituera dès 2016 une condition de financement explicite pour tous les partenaires concernés des première, deuxième et troisième lignes. Les adaptations réglementaires qui s'imposent seront préparées à cette fin avec ces partenaires;

- dans le cadre d'une analyse du financement de la continuité des soins de 1^{re} ligne, en soirée et de nuit tant pendant la semaine que le week-end, le régime en matière d'honoraires de disponibilité sera reconsidéré. Une partie des moyens en question – environ 5 millions d'euros – sera recyclée pour la suite du développement des activités en question.

4.1.5. L'adaptation du supplément de pratique sera inscrite dans le cadre du développement d'eHealth (cf. 4.3).

4.1.6. Enfin, on tentera de trouver une réponse à la problématique de consultations particulièrement complexes ou longues. A ce sujet, le CTM sera invité à formuler, pour le 30 juin 2015, une proposition à l'instar de la prestation 350232 à d'autres situations.

4.1.7. En attendant l'insertion formelle dans la nomenclature de l'allocation de permanence et de l'allocation de garde, les suppléments d'honoraires concernés sont maintenus.

4.1.8. La réduction du ticket modérateur appliquée aux consultations des médecins spécialistes sur renvoi du médecin généraliste dans le cadre du régime d'« échelonnement modéré » reste en vigueur.

4.2. Les mesures relatives aux médecins spécialistes

4.2.1. Vu la mesure générale de gel de l'indexation, les honoraires pour les médecins spécialistes seront maintenus au niveau du 31 décembre 2014.

4.2.2. Toutefois :

a) à partir du 1^{er} février 2015, les honoraires de réanimation (article 13, § 1^{er}, à l'exception de la prestation n° 211525) sont réduits de 18,55 % à la suite de la décision du gouvernement, et ce dans l'attente de l'entrée en vigueur d'adaptations structurelles alternatives proposées par le Conseil technique médical et approuvées par la CNMM;

b) à partir du 1^{er} février 2015 également, les honoraires de dialyse sont réduits de 8,5 % à la suite de la décision du gouvernement, et ce dans l'attente de l'entrée en vigueur d'adaptations structurelles alternatives proposées par la CNMM et par le secteur des hôpitaux;

c) les dispositions de la nomenclature en matière de mammographies diagnostiques sont adaptées sur la base de propositions du Conseil technique médical et les dépenses sont réduites de 8,5 millions d'euros. Dans le même temps, une intervention de 8,5 millions d'euros est instaurée pour financer la numérisation de l'imagerie concernée (cf. 4.2.8.).

Cette réforme s'accompagnera d'une concertation avec les Communautés et fera également l'objet d'une campagne d'information.

4.2.3. En outre, un groupe de travail particulier pour l'imagerie médicale sera créé pour, en collaboration avec BELMIP, effectuer un monitoring des dépenses d'imagerie médicale et des effets sur les dépenses de soins de santé du protocole d'accord du 24 février 2014 en matière d'imagerie médicale. Sur la base des résultats, certaines mesures concrètes seront élaborées. Un premier rapport sera rédigé pour la fin de juin 2015.

4.2.4. Les honoraires pour les prestations de médecins non accrédités, à l'exception des consultations et des honoraires de surveillance, seront diminués de 1% à partir du 1^{er} février 2015.

4.2.5. Il est constaté que les économies préconisées en matière de traitement de la douleur chronique n'ont pas atteint les effets attendus. Raison pour laquelle un effort supplémentaire à hauteur de 2 millions d'euros en base annuelle sera réalisé. Le SECM analysera également les écarts de pratiques entre hôpitaux.

4.2.6. Si la tendance actuelle devait se poursuivre, des mesures seront préparées pour le 30 juin 2015 afin de corriger le dépassement éventuel de l'impact estimé de la révision de la nomenclature d'orthopédie.

4.2.7. Les honoraires forfaitaires d'admission en imagerie médicale et biologie clinique sont réduits à 67 % en cas de réadmission d'un patient dans les 10 jours au sein du même hôpital.

4.2.8. Les mesures positives suivantes, déjà examinées par le CTM, seront exécutées le plus rapidement possible :

- numérisation des mammographies (8,5 millions d'euros);
- tests suivants en matière de biologie clinique : *aspergillus*, *legionella*, paraprotéïnémie, CMV, EBV, *Mycobacterium tuberculosis* et E. Colli 0157, HCG pour un montant de 0,413 million d'euros;
- test d'hématologie (1,179 million d'euros);
- revalorisation des honoraires de neuropédiatrie (1,190 million d'euros);
- révision de la nomenclature dermatologie affections chroniques et prestations chirurgicales (3,853 millions d'euros);
- revalorisation de la consultation de neurologie (1,610 million d'euros);
- suppression de l'interdiction de cumul entre la surveillance en service G et les petites interventions (1,178 million d'euros);
- revalorisation de la visite du médecin spécialiste à un patient en MRS à la demande du médecin généraliste (0,316 million d'euros);
- enfin, une solution sera présentée pour résoudre le problème du « living donor » (0,263 million d'euros).

4.2.9. Les propositions relatives à la modification de la nomenclature traitées par le CTM, et qui sont neutres sur le plan budgétaire, seront réalisées en priorité.

4.2.10. La CNMM est d'avis qu'il faut mettre un terme à la situation dans laquelle il n'est pas prévu d'intervention pour la formation des médecins spécialistes dans les hôpitaux non universitaires. Pour cette raison, une réglementation sera préparée en 2015 avec l'ensemble des partenaires concernés afin d'instaurer à partir de 2016 une intervention forfaitaire par médecin spécialiste en formation ayant un plan de stage reconnu. A cet effet, une attention particulière sera attachée aux exigences nécessaires en matière de qualité, à la collaboration avec et entre les universités et à la transparence concernant l'attribution des places de stage.

4.3. Les mesures relatives à l'informatisation

4.3.1. Dès 2016, l'allocation de pratique et la prime télématique pour les médecins généralistes seront intégrées où, parallèlement à un montant fixe, un montant variable sera intégré qui tient compte de l'utilisation effective de la télématique. La réglementation y afférente sera préparée sous la direction de la CNMM.

Entre-temps, en 2015 :

a) le montant de l'allocation de pratique sera fixé à 1.672,94 EUR et augmenté de 500 EUR pour les médecins qui adhèrent entièrement à l'accord. Ce montant sera attribué en fonction de la procédure d'octroi actuelle et sur la base des critères actuels de l'octroi des allocations de pratique;

b) un montant fixe supplémentaire de 817,20 EUR sera octroyé suivant la procédure actuelle d'octroi et sur la base des critères actuels de la prime télématique.

Les MGF peuvent prétendre à une prime télématique sans satisfaire aux critères en matière d'allocation de soutien à la pratique.

4.3.2. En outre, il est prévu dans le cadre d'un projet d'innovation qui doit permettre de tester l'utilisation de SUMEHRS dans la vie réelle en 2015, un incitant pour les médecins généralistes qui ont droit aux montants précités. A cet effet, un montant forfaitaire de 500 EUR sera octroyé aux médecins généralistes concernés qui via le DMI chargent des SUMEHRS et le rendent accessible via Vitalink ou Intermed, pour autant que, par pratique en moyenne au moins 100 SUMEHRS soient chargés par médecin.

4.3.3. De concert avec tous les partenaires intéressés (organisations de médecins, mutualités, firmes de logiciels, Recipe,...), l'INAMI mettra sur pied en 2015 une vaste campagne d'information et des formations pratiques qui doivent permettre de familiariser un nombre maximum de médecins à :

- l'utilisation de Recipe (prescription électronique de médicaments);
- la demande par voie électronique du remboursement des médicaments du chapitre IV;
- la consultation de l'assurabilité, e-fac et e-DMG;
- l'élaboration et le chargement de SUMEHRS;
- la procédure d'autorisation des patients pour l'échange électronique de données entre médecins, qui ont une relation thérapeutique avec les personnes concernées;
- ...

Ces séances de formation seront agréées dans le cadre de l'accréditation. La campagne sera financée à charge des frais d'administration de l'INAMI.

5. LES RECOMMANDATIONS ET LES POINTS DE PROGRAMME PARTICULIERS

5.1. La CNMM constate que l'accord de gouvernement prévoit une extension de l'interdiction légale de facturer des suppléments d'honoraires pour les chambres à deux lits ou les salles communes aux hospitalisations de jour. Elle prend acte de l'intention du gouvernement de réaliser cette mesure pour le 30 juin 2015.

5.2. Par ailleurs, la CNMM souhaite être associée à la concrétisation de l'adaptation de la loi dite de transparence, dont l'entrée en vigueur a été reportée au 1^{er} juillet 2015. A cet égard, le principe à suivre est qu'il faut tendre au maximum à des solutions simples sur le plan administratif. La production d'une pièce justificative sera valable uniquement en cas de facturation électronique ainsi que lorsque des prestations remboursables seront portées en compte au patient conjointement avec des prestations non remboursables. L'élaboration de ces pièces justificatives doit être prévue dans l'adaptation des dossiers informatiques.

A la lumière de l'évolution inéluctable vers une plus grande informatisation et dématérialisation des documents, une solution sera également recherchée au sein de la CNMM, selon laquelle, en ce qui concerne le secteur ambulatoire, un équilibre sera assuré entre, d'une part, la demande de transparence des organismes assureurs et, d'autre part, le souci d'éviter des obligations unilatérales non concertées des dispensateurs de soins. A cette fin, les parties s'engagent, en concertation, à élaborer une réglementation par laquelle les organismes assureurs pourront disposer, en ce qui concerne le secteur ambulatoire, de la totalité des montants facturés à l'assuré à l'occasion de prestations remboursables dès que la facturation au moyen d'attestations papier sera remplacée par un circuit électronique. Dans le cadre de cette concertation, il sera fixé quelle utilisation peut être faite des données concernées, à la lumière d'une part, de la réglementation sur la vie privée et, d'autre part, des missions légales des organismes assureurs.

5.3. En outre, la CNMM mettra au point un règlement pour l'attestation de suppléments pour les prestations de biologie clinique, d'anatomopathologie et les tests génétiques.

5.4. A partir du 1^{er} juillet 2015, le système du tiers payant social sera aussi rendu obligatoire par la loi pour les consultations de médecin généraliste pour les assurés bénéficiant du régime préférentiel. Cette obligation est liée à la disponibilité des applications électroniques nécessaires sur le terrain. La CNMM souhaite suivre et évaluer rigoureusement l'impact de cette mesure.

5.5. Son application projetée pour des personnes ayant le statut de malade chronique n'a pas été retenue par le gouvernement, sauf sur une base volontaire. L'Observatoire des maladies chroniques a été chargé d'effectuer une analyse d'impact. Le régime du tiers payant, en ce qui concerne les consultations de médecine générale, pourra, à la demande du patient, être appliqué par voie électronique pour les malades chroniques à partir du 1^{er} juillet 2015.

5.6. La CNMM insiste pour que le SECM effectue les contrôles et radioscopies nécessaires concernant la facturation d'honoraires en cas de séjour en soins intensifs. Elle souhaite également examiner en priorité les recommandations du SECM relatives à l'analyse du financement des services d'urgences. Enfin, la CNMM souhaite que les inspections nécessaires soient menées afin de vérifier si les conditions concernant la présence ou la disponibilité des médecins spécialistes sont effectivement réalisées, ainsi qu'en ce qui concerne l'utilisation de tests POC automatisés bien définis.

5.7. Comme déjà annoncé dans l'accord précédent, la CNMM continuera à réformer le système de l'accréditation. A ce propos, une attention particulière sera accordée à la promotion de l'utilisation des applications eHealth.

On étudiera par ailleurs dans quelle mesure les montants pour l'accréditation des spécialistes peuvent être uniformisés davantage.

5.8. La CNMM souhaite qu'une concertation tripartite soit entamée avec le gouvernement en ce qui concerne les dispositions de l'accord du gouvernement relatives au médecin généraliste de référence. Il sera examiné une répartition optimale des tâches entre le médecin généraliste et le spécialiste.

6. LA PROMOTION DU CONVENTIONNEMENT ET DU STATUT SOCIAL

6.1. Afin de stimuler l'attractivité de l'accord, pour les médecins généralistes qui adhèrent totalement à l'accord, il est prévu une hausse de l'allocation de pratique de 500 euros (cf. point 4.3.1. a).

6.2. La CNMM s'inquiète que le taux de refus de certains médecins spécialistes (dermatologues, ophtalmologues, gynécologues,...) d'adhérer à l'accord dépasse les 50 %. Ainsi, l'accessibilité des soins en question est sérieusement entravée dans plusieurs arrondissements.

Devant cette inquiétude, il est proposé de lancer les initiatives suivantes :

6.2.1. En raison du faible taux de conventionnement dans les spécialités suivantes (ophtalmologie, gynécologie, dermatologie,...), une concertation sera mise en œuvre entre des représentants de la CNMM et des représentants des organisations professionnelles intéressées en vue de préparer d'éventuelles initiatives futures.

6.2.2. Une prime de télématique annuelle à concurrence de 500 euros est octroyée aux médecins spécialistes entièrement conventionnés et qui participent activement à l'enregistrement de données médicales concernant les projets fixés par la CNMM (safe, orthoprisme, qermid, diabète, etc.). La CNMM fixera les conditions d'octroi concrètes pour le 30 juin 2015.

6.2.3. La mise en place d'un règlement en matière de suppléments d'honoraires pour certaines prestations comme la reconstruction mammaire après un cancer, par exemple en fixant des tarifs avec une déclaration d'accord.

6.3. L'analyse qui permet d'octroyer le statut social de manière plus sélective sera soumise à la CNMM avant le 31 mars 2015. Sur la base de celle-ci, il conviendra de vérifier comment les moyens disponibles pourront être redéployés aux fins de promouvoir l'adhésion à l'Accord.

Entre-temps, les montants du statut social sont adaptés comme suit :

- 4.535 EUR pour les médecins entièrement conventionnés;
- 2.200 EUR pour les médecins partiellement conventionnés.

6.4. La CNMM crée un groupe de travail permanent qui examine des propositions concernant le fonctionnement et la modernisation de la concertation ainsi que toutes les mesures pouvant contribuer à améliorer l'attractivité du système d'accords et à plus de clarté pour les patients entre autres dans le cadre du conventionnement partiel. Un premier rapport sera rédigé pour le 30 juin 2015.

7. LES MESURES DE CORRECTION

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

8. LES CONDITIONS D'APPLICATION DE L'ACCORD

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

- 8.1.1. les dispensateurs de soins entièrement conventionnés,
- 8.1.2. les dispensateurs de soins partiellement conventionnés.

8.2. Médecins généralistes

- 8.2.1. Les dispensateurs de soins entièrement conventionnés

Le médecin généraliste entièrement conventionné est le médecin généraliste qui soumet la totalité de sa pratique aux conditions du présent accord et pour lequel, sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 8.2.3, les taux d'honoraires et les indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués à l'ensemble de sa pratique.

- 8.2.2. Les dispensateurs de soins partiellement conventionnés

8.2.2.1. Définition et tarifs applicables

Le médecin généraliste partiellement conventionné est le médecin généraliste qui soumet la totalité de sa pratique aux conditions du présent accord, sauf durant les périodes et selon les conditions définies strictement au point 8.2.2.2.

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

8.2.2.2. Périodes et conditions du conventionnement partiel

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

- 8.2.2.2.1. un maximum de trois fois par semaine par plage de maximum quatre heures continues;
- 8.2.2.2.2. et pour autant que le reste de sa pratique représente au moins les trois quart du total de sa pratique et soit effectué aux taux d'honoraires fixés conformément aux termes du présent accord, sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 8.2.3.

8.2.3. Exigences particulières du bénéficiaire

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

- 8.2.3.1. les visites non urgentes effectuées à la demande du malade en dehors des heures ou du programme de la tournée normale du médecin;
- 8.2.3.2. les appels de malades entraînant pour le médecin un déplacement d'une importance inhabituelle;
- 8.2.3.3. les appels de nuit, de week-end ou au cours d'un jour férié, quand le médecin n'est pas de garde, lorsqu'il est établi que le service de garde organisé sur place est suffisant;
- 8.2.3.4. les consultations réalisées à la demande expresse du patient après 21 heures ou les samedis, dimanches et jours fériés. Ces consultations ne constituent toutefois pas une exigence particulière si elles s'inscrivent dans le cadre du service de garde organisé et si le médecin généraliste, pour des raisons personnelles, assure des consultations accessibles au public, reçoit sur rendez-vous ou effectue des visites à ces heures et ces jours.

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

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

8.3. Médecins spécialistes

- 8.3.1. Les dispensateurs de soins conventionnés complets

Le médecin spécialiste conventionné complet est le médecin spécialiste qui soumet la totalité de sa pratique aux conditions du présent accord et pour lequel, sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 8.3.3, les taux d'honoraires et les indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués à l'ensemble de sa pratique.

- 8.3.2. Les dispensateurs de soins partiellement conventionnés

8.3.2.1. Définition et tarifs applicables

Le médecin spécialiste partiellement conventionné est le médecin spécialiste qui soumet la totalité de sa pratique aux conditions du présent accord, sauf durant les périodes et selon les conditions définies strictement au point 8.3.2.2.

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

8.3.2.2. Périodes et conditions du conventionnement partiel

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

- 8.3.2.2.1. organisés durant un maximum de quatre fois par semaine par plage de maximum quatre heures continues;
- 8.3.2.2.2. et pour autant que la moitié au moins du total de toutes ses prestations aux patients ambulatoires soit effectuée aux taux d'honoraires fixés conformément aux termes du présent accord sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 8.3.3, et à des heures qui conviennent normalement aux bénéficiaires de l'assurance soins de santé;

8.3.2.2.3. et pour autant que le médecin spécialiste assure, sur chacun des sites éventuels d'exercice de sa pratique, une plage d'accès pour des prestations aux patients ambulatoires aux taux d'honoraires fixés conformément aux termes du présent accord sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 8.3.3.

8.3.3. Exigences particulières du bénéficiaire

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

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

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

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

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

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

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

soit 67.636,22 euros par ménage, augmentés de 2.253,73 euros par personne à charge, lorsqu'il n'y a qu'un seul titulaire;

soit 45.090,32 euros par titulaire, augmentés 2.253,73 euros par personne à charge, lorsqu'il y a plusieurs titulaires.

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

8.6. Information et affichage du statut d'adhésion

Outre leur volonté de promouvoir une information la plus claire et complète envers les diverses parties intéressées, les parties recommandent l'exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, afin de permettre une information et un affichage clairs et adaptés du statut du médecin qu'il ait adhéré complètement, partiellement ou qu'il n'ait pas adhéré au présent accord ainsi que les périodes de conventionnement ou de conventionnement partiel.

Les données concernées seront publiées sur le site de l'INAMI (www.inami.be).

9. LA CONCILIATION DE CONTESTATIONS

Les deux parties qui ont signé le présent accord s'engagent à tout mettre en œuvre pour faire respecter les dispositions et les faire appliquer correctement dans un esprit de loyauté et de respect mutuel. La CNMM est compétente pour concilier les disputes et les contestations qui peuvent surgir à propos de l'interprétation ou de l'exécution des accords.

Elle peut concilier des contestations quant à l'interprétation de la nomenclature des prestations de santé, après avoir pris l'avis du Conseil technique médical.

10. DUREE DE L'ACCORD

10.1. Le présent accord est conclu pour une période d'une année, à savoir du 1^{er} janvier 2015 au 31 décembre 2015.

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

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

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

Toutefois, cette dénonciation ne peut sortir ses effets que si la partie qui dénonce confirme cette dénonciation devant la CNMM réunie d'urgence, selon les règles de quorum visées à l'article 50, § 2, alinéa 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. Cette dénonciation par une des parties peut être générale ou limitée à certaines prestations ou à certains groupes de prestations et/ou à certains dispensateurs de soins concernés par les mesures d'économie visées au premier alinéa. En cas de dénonciation partielle, il faut également mentionner avec précision, dans la lettre recommandée, les prestations ou groupes de prestations et/ou les dispensateurs visés. Cette dénonciation produit ses effets à la date d'entrée en vigueur des mesures de correction susmentionnées.

10.3. Sauf pour ce qui concerne les économies et les mesures de correction mentionnées dans l'accord, en application de l'article 1183 du Code civil, l'accord est résolu de plein droit 30 jours après la publication au *Moniteur belge* de mesures d'économies fixées de manière unilatérale par le gouvernement, à l'égard des médecins auxquels s'appliquent les dispositions. Dans ce cas, une réunion d'urgence de la CNMM à laquelle est invitée le ministre est convoquée préalablement à l'expiration de ce délai et en cas d'extrême urgence, et ce dans le but d'élaborer une solution acceptable pour toutes les parties.

11. LES FORMALITES

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

Cette lettre comportera les mentions suivantes :

Numéro d’identification INAMI

Je soussigné,
 Nom et prénom(s) :
 Adresse complète :
 Qualité : Médecin de médecine générale/Médecin spécialiste en
(Biffer la mention inutile)

déclare refuser d’adhérer aux termes de l’accord national médico-mutualiste conclu le 22 décembre 2014.
 Date :
 Signature :

11.2. Les médecins, autres que ceux qui ont notifié, conformément aux dispositions prévues au point 11.1, leur refus d’adhésion aux termes de l’accord conclu le 22 décembre 2014 à la CNMM, sont réputés d’office avoir adhéré à cet accord pour leur activité professionnelle complète, sauf s’ils ont, dans les trente jours qui suivent la publication de cet accord au *Moniteur belge*, communiqué les conditions de temps et de lieu dans lesquelles, conformément aux clauses du présent accord et particulièrement les points 8.2.2. et 8.3.2. (« conventionnement partiel ») :

11.2.1. Ils appliqueront les montants d’honoraires qui y sont fixés;

11.2.2. Ils pourront ne pas appliquer les montants d’honoraires qui y sont fixés. Cette communication doit se faire par lettre recommandée à la poste adressée à la Commission nationale médico-mutualiste, et ce à l’adresse mentionnée sous le point 11.1. La lettre comportera les mentions suivantes :

11.2.2.1. pour les médecins généralistes :

Numéro d’identification INAMI

Je soussigné,
 Nom et prénom(s) :
 Adresse complète :

déclare exercer mon activité professionnelle conformément aux clauses de l’accord national médico-mutualiste, conclu en 22 décembre 2014, dans les conditions de temps et de lieu suivantes :

a) consultations, rendez-vous et prestations au cabinet, en dehors des termes de l’accord, d’un maximum de trois fois par semaine par plage de maximum quatre heures continues (point 8.2.2.2 « Périodes et conditions du conventionnement partiel »)

| Jours | Lieu | Heures |
|-------|------|--------|
| | | |
| | | |
| | | |

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

| Jours | Lieu | Heures |
|-------|------|--------|
| | | |
| | | |
| | | |

Date :

Signature :

11.2.2.2. pour les médecins spécialistes :

Numéro d'identification INAMI

Je soussigné,

Nom et prénom(s) :

Adresse complète :

Médecin spécialiste en :

déclare exercer mon activité professionnelle conformément aux clauses de l'accord national médico-mutualiste, conclu le 22 décembre 2014, dans les conditions de temps et de lieu suivantes :

a) consultations, rendez-vous et prestations techniques pour patients ambulatoires, en dehors des termes de l'accord, à concurrence d'un maximum de quatre fois par semaine par plage de maximum quatre heures continues (point 8.3.2.2. « Périodes et conditions du conventionnement partiel ») :

| Jours | Lieu | Heures |
|-------|------|--------|
| | | |
| | | |
| | | |

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

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

| Jours | Lieu | Heures |
|-------|------|--------|
| | | |
| | | |
| | | |

Date :

Signature :

11.3. Tous changements ultérieurs des conditions de temps et de lieu dans lesquelles, conformément aux clauses de l'accord, les médecins visés sous le point 11.2 appliqueront les montants d'honoraires qui y sont fixés, peuvent être appliqués soit après un préavis de trente jours soit, sans préavis, après affichage de ces changements dans leur cabinet de consultation.

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

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

Bruxelles, le 22 décembre 2014.

Les représentants des médecins (ABSyM-BVAS, AADM et Cartel-Kartel).

Les représentants des organismes assureurs

FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2014/22587]

Nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen 2015**NATIONAAL AKKOORD GENEESHEREN – ZIEKENFONDSEN 2015**

Krachtens de artikelen 26,50 en 51 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, heeft de Nationale Commissie Geneesheren - Ziekenfondsen (hierna NCGZ) onder het voorzitterschap van de heer Johan De COCK op 22 december 2014 het navolgende akkoord gesloten voor het jaar 2015. Gelet op de moeilijke financieel-economische context en in afwachting van het tijdschema voor de onder punt 1.2. bedoelde hervormingen wordt de looptijd van het akkoord beperkt tot 1 jaar.

1. CONTEXT

1.1. De NCGZ heeft kennisgenomen van de beleidsverklaring van de minister van Sociale Zaken van 13 november 2014 waarin wordt gesteld dat 'uitdrukkelijk gerekend wordt op de zorgverstrekkers en ziekenfondsen, die in het kader van het overlegmodel van onze ziekteverzekering een grote vrijheid en dus ook een grote verantwoordelijkheid hebben om de uitgaven in de gezondheidszorg zo doelgericht mogelijk in te zetten' en waarin het engagement wordt aangegaan om hen nauw te betrekken bij de uitwerking van het beleid.

De NCGZ hecht groot belang aan het waarborgen van de principes van het overleg en inzonderheid aan de naleving van de bepalingen van het akkoord niet alleen door de ondertekenende partijen, maar ook door de regering.

1.2. Bovendien dringt de NCGZ erop aan om van meet af aan intensief betrokken te worden bij de taskforces die door de regering zullen worden opgericht met betrekking tot de hervorming van de ziekenhuisfinanciering, de nomenclatuur en het KB nr. 78. Zij wenst dat daarbij de bevoegdheden van de NCGZ worden gerespecteerd.

1.3. Met dit akkoord wordt ook voldaan aan de verwachtingen van de regering om expliciete doelstellingen te formuleren met betrekking tot de gezondheids promotie en de gezondheidszorg. Deze doelstellingen hebben betrekking op eHealth, het rationeel gebruik van geneesmiddelen en het terugdringen van polyfarmacie, het correct gebruik van wacht- en spoeddiensten, het stimuleren van *evidence based* gebruik van de voorzieningen en het bevorderen van het GMD.

2. PARTIELE BEGROTINGSDOELSTELLING 2015

De NCGZ stelt vast dat de Algemene Raad van het RIZIV in zijn vergadering van 21 oktober 2014 een beslissing heeft genomen met betrekking tot de vaststelling van de globale begrotingsdoelstelling 2015 en de uitsplitsing ervan in partiële begrotingsdoelstellingen.

De partiële begrotingsdoelstelling voor de honoraria van de geneesheren wordt voor 2015 vastgesteld op 7.770.864 duizend euro, verhoogd met een bedrag van 148.803 duizend euro voor de honoraria inzake nierdialyse.

Voor genoemde bedragen liggen respectievelijk 1,52 % hoger en 6,76 % lager dan de jongste technische ramingen van het RIZIV voor het jaar 2014.

De enveloppes voor klinische biologie en medische beeldvorming worden respectievelijk vastgesteld op 1.279.239 duizend EUR en op 1.218.580 duizend EUR, dat is respectievelijk 1,21 % en 1,78 % hoger dan de jongste technische ramingen van het RIZIV voor het jaar 2014.

3. BESPARINGEN

De regering heeft beslist een sociaal gecorrigeerde indexsprong van de lonen door te voeren. Parallel daarmee heeft de regering beslist een gelijkwaardige inspanning aan de nomenclatuursectoren te vragen. Die inspanning stemt overeen met een eenmalige niet-toekenning van de indexmassa. Voor de honoraria van de geneesheren bedraagt die inspanning 42,4 miljoen euro.

Bovendien werd beslist om elke vastgestelde overschrijding in de sector van de reanimatieverstrekingen (art. 13, § 1 van de nomenclatuur, met uitzondering van de dialyseverstreking 211525) te corrigeren voor een extra bedrag van 19 miljoen euro bovenop de reeds besliste bijsturing.

De bestaande marge met betrekking tot het GMD+ wordt niet uitgegeven (17 miljoen euro). De door de regering voorgestelde maatregel inzake digitale mammografie wordt door een alternatieve besparing vervangen (8,5 miljoen euro). Een andere technische correctie betreft de toevoeging van een bedrag van 3 miljoen aan de partiële begrotingsinstelling, die bij de verdeling van de begrotingsdoelstelling 2015 door de Algemene Raad van de rubriek artsenhonoraria werd afgehouden in plaats van de rubriek 'diversen'.

Bovendien werd ook de niet structurele opbrengst van het uitstel tot 1 juli 2015 van de invoering van de verplichte regeling sociale derdebetaler voor rechthebbenden met een voorkeurregeling bij raadpleging van een huisarts verrekend (12,5 miljoen euro).

De NCGZ stelt vast dat er een hervorming van de remgelden bij de raadplegingen van geneesheren-specialisten zal worden doorgevoerd met ingang van 1 januari 2015. Die remgelden zullen voortaan eenvormig worden vastgesteld op 3 euro voor de rechthebbenden met een voorkeurregeling en 12 euro voor de andere rechthebbenden. Onverminderd de naleving van de vastgestelde tarieven door de tot het akkoord toegetreden artsen dringt de NCGZ aan op een matiging van de supplementen door de artsen die niet toetreden tot het akkoord.

De NCGZ neemt kennis van de maatregelen die de regering heeft beslist met betrekking tot het voorschrijven van de goedkoopste moleculen voor geneesmiddelen buiten octrooi. Samen met andere stakeholders zal een informatie-campagne worden ontwikkeld die de voorschrijvende artsen moet toelaten de beoogde doelstellingen te bereiken zonder de kwaliteit van de verzorging aan te tasten.

Begin 2015 zal een feedback aan de artsen worden gestuurd in verband met verschillende aspecten van het voorschrijven van geneesmiddelen en andere verstrekingen.

De NCGZ verzoekt het RIZIV en het Comité voor de evaluatie van de medische praktijk inzake geneesmiddelen om in 2015 een bijzondere conferentie te organiseren rond het thema rationeel voorschrijven en goed gebruik van geneesmiddelen, toegespitst op de domeinen die bijzondere aandacht vragen (onder meer antibiotica, psychofarmaca, polyfarmacie,...).

Daarbij moet ook worden onderzocht welke incentives vanaf 2016 kunnen worden ingezet op basis van de door de conferentie voorgestelde indicatoren.

4. MAATREGELEN

Binnen het vastgestelde financiële kader beslist de NCGZ volgende maatregelen te nemen :

4.1. Maatregelen met betrekking tot de huisartsen

4.1.1. Gelet op de algemene maatregel van indexbevrozing blijven de honoraria van de huisartsen gehandhaafd op het niveau van 31 december 2014, met uitzondering van wat volgt.

4.1.2. In afwachting van een samenvoeging van het GMD+ en het GMD, gebaseerd op *evidence based* principes, wordt het honorarium voor het openen en het beheren van een GMD vanaf 1 februari 2015 vastgesteld op 30 EUR. De regeling van het GMD+ wordt derhalve voor het jaar 2015 verlengd. De NCGZ herinnert eraan dat het GMD voortaan langs elektronische weg kan worden verlengd.

4.1.3. Een tweede maatregel betreft de verdere ontwikkeling van de zorgtrajecten. Daarbij wordt geopteerd voor een generiek zorgmodel, gecoördineerd door de huisarts, met een vereenvoudiging van de administratieve criteria, het gebruik van geïnformatiseerde documenten en de toepassing van de gegevensuitwisseling. Daarbij wordt de link met het GMD verzekerd.

In 2015 zal het diabeteszorgtraject concreet worden verruimd tot een zorgcontinuüm. Daarbij wordt een zogenoemd 'voortraject' ingevoerd, met als doelgroep alle diabetes type 2-patiënten vanaf de diagnosestelling tot de tenlasteneming in het kader van een diabetesovereenkomst of het sluiten van een zorgtraject.

Voor de huisartsen wordt een bijkomend honorarium ingevoerd voor het opvolgen van die groep van patiënten. Daarin wordt de toeslag voor de diabetespas geïntegreerd. Het bedrag van 20 EUR per betrokken patiënt wordt vanaf 1 februari 2015 toegekend voor zover de huisarts of de huisartspraktijk de betrokken patiënten identificeren, registreren en hun doelgerichte zorg aanbieden, gebaseerd op *evidence based* aanbevelingen voor een goede praktijkvoering. Dat houdt onder meer in dat de huisarts met de patiënt zijn individuele doelstellingen bespreekt en deze noteert in het GMD en dat hij de klinische en biologische gegevens registreert. Daartoe wordt de omschrijving van de verstrekking 102852 aangepast.

In een tweede fase – vermoedelijk vanaf 2016 - kan de huisarts of de huisartspraktijk zich verbinden tot een multidisciplinaire samenwerking met gegevensuitwisseling alsook tot het verlenen van toegang aan de patiënten tot educatie en bewegingsadvies.

In de loop van 2015 zal het Begeleidingscomité Zorgtrajecten van de NCGZ ook nagaan of het zorgmodel kan worden uitgebreid tot andere pathologieën.

4.1.4. Ten derde zal het beleid inzake de huisartsenwachtposten verder worden versterkt.

Daartoe :

— zullen 15 nieuwe huisartsenwachtposten of gelijkwaardige alternatieven kunnen worden gecreëerd in zones waar deze onvoldoende beschikbaar zijn en rekening houdende met een evenwichtige regionale spreiding;

— zal het beleid inzake het efficiënt beheer van de toegewezen middelen worden voortgezet en zal een grotere uniformiteit in de beschikbaarheid van de huisartsenwachtposten worden tot stand gebracht;

— zullen de huisartsenwachtposten voor eind 2015 een afsprakenplan met de spoeddiensten uit de regio opstellen zodat een betere stroomlijning van het gebruik van wachtdiensten, wachtposten en spoeddiensten wordt tot stand gebracht. Tegen 31 maart 2015 zal de NCGZ een model van een integrerend afsprakenplan opstellen, waarin oriëntaties inzake verwijzingsbeleid worden vervat. Een dergelijk afsprakenplan zal vanaf 2016 als een expliciete financieringsvoorwaarde gelden voor alle betrokken partners uit de eerste, tweede lijn en derde lijn. Daartoe zullen samen met die partners de nodige reglementaire aanpassingen worden voorbereid.

— zal, in het kader van een analyse van de financiering van de continuïteit van de eerstelijnszorg 's avonds en 's nachts zowel tijdens de week als in het weekend, de regeling betreffende de beschikbaarheidshonoraria worden herbekeken. Een gedeelte van de betrokken middelen - circa 5 miljoen EUR - zal worden aangewend voor de verdere uitbouw van de betrokken activiteiten.

4.1.5. De aanpassing van de praktijktoelage zal worden uitgevoerd in het kader van de ontwikkeling van eHealth (zie 4.3)

4.1.6. Ten slotte zal worden getracht een oplossing te vinden voor de problematiek van bijzonder complexe of langdurige raadplegingen. In dat verband zal de TGR worden gevraagd om tegen 30 juni 2015 een voorstel te formuleren naar het voorbeeld van de verstrekking 350232 naar andere situaties.

4.1.7. In afwachting van de formele integratie van de permanentietoelage en de wachttoelage in de nomenclatuur worden de betrokken bijkomende honoraria gehandhaafd.

4.1.8. De remgeldvermindering toegepast bij de raadplegingen van specialisten op verwijzing van de huisarts in het kader van de zog. regeling soft-echelonering blijft van kracht.

4.2. Maatregelen met betrekking tot de geneesheren-specialisten

4.2.1. Gelet op de algemene maatregel van de indexbevrozing blijven de honoraria voor geneesheren-specialisten gehandhaafd op het niveau van 31 december 2014.

4.2.2. Evenwel worden :

a) Vanaf 1 februari 2015 worden de honoraria voor reanimatie (artikel 13, § 1, verstrekking 211525 uitgezonderd) verminderd met 18,55% ingevolge de beslissing van de regering en dit in afwachting van het in voege treden van alternatieve structurele aanpassingen voorgesteld door de Technische Geneeskundige Raad en goedgekeurd door de NCGZ;

b) Vanaf dezelfde datum worden de honoraria voor dialyse verminderd met 8,5 % ingevolge de beslissing van de regering en dit in afwachting van het in voege treden van alternatieve structurele aanpassingen voorgesteld door de NCGZ en de ziekenhuissector;

c) De bepalingen van de nomenclatuur inzake diagnostische mammografiën op basis van voorstellen van de Technische Geneeskundige Raad aangepast en worden de uitgaven verminderd met 8,5 mio euro. Parallel hiermee wordt een vergoeding van 8,5 mio euro ingevoerd voor de financiering van de digitalisering van de betrokken beeldvorming (zie 4.2.8).

Deze hervorming zal gepaard gaan met een overleg met de gemeenschappen en zal tevens het voorwerp uitmaken van een informatiecampaagne.

4.2.3. Verder zal een bijzondere werkgroep voor de medische beeldvorming worden opgericht om in samenwerking met BELMIP een monitoring van de uitgaven voor medische beeldvorming uit te voeren alsmede van de gevolgen van het protocolakkoord van 24 februari 2014 inzake medische beeldvorming voor de uitgaven inzake geneeskundige verzorging. Op basis van de resultaten zullen een aantal concrete maatregelen worden ontwikkeld. Een eerste rapport zal tegen eind juni 2015 worden opgesteld.

4.2.4. De honoraria voor de verstrekkingen van niet-geaccrediteerde artsen met uitzondering van de raadplegingen en toezichtshonoraria worden vanaf 1 februari 2015 met 1 % verminderd.

4.2.5. Vastgesteld wordt dat de vooropgestelde besparingen inzake chronische pijnbehandeling niet de vooropgestelde effecten hebben bereikt. Daarom zal een bijkomende inspanning worden doorgevoerd ten belope van 2 mio euro op jaarbasis. Ook de praktijkverschillen tussen de ziekenhuizen zullen door de DGEC worden geanalyseerd.

4.2.6. Als de huidige trend zich zou voortzetten zullen tegen 30 juni 2015 maatregelen worden voorbereid om eventuele overschrijding van het geraamde impact van de herziening van de nomenclatuur orthopedie bij te sturen.

4.2.7. De forfaitaire honoraria voor opname medische beeldvorming en klinische biologie worden verminderd tot 67 % in geval van heropname binnen de 10 dagen van een patiënt in hetzelfde ziekenhuis.

4.2.8. Volgende positieve maatregelen, die reeds in de TGR werden besproken, zullen zo snel mogelijk worden doorgevoerd :

— digitalisering mammografiën (8,5 mio euro);

— testen klinische biologie (*aspergillus*, *legionella*, paraproteïnemie, CMV, EBC, *Mycobacterium tuberculosis* en E Coli 0157, HCG) voor een bedrag van 0,413 mio euro;

— testen hematologie (1,179 mio euro);

— herwaardering honoraria neuropediatrie (1,190 mio euro);

— herziening nomenclatuur dermatologie chronisch aandoeningen en chirurgische verstrekkingen (3,853 mio euro);

- herwaardering raadpleging neurologie (1,610 mio euro);
- opheffing cumulatiefverbod tussen toezicht in G - dienst en kleine ingrepen (1,178 mio euro);
- opwaarderen bezoek specialist aan een patiënt in RVT op verzoek huisarts (0,316 mio euro);
- tenslotte zal een oplossing worden geboden aan de problematiek van living donor (0,263 mio euro).

4.2.9. De voorstellen inzake wijziging van de nomenclatuur die door de TGR werden behandeld en die een budgetneutraal karakter hebben, zullen prioritair worden gerealiseerd.

4.2.10. De NCGZ is van oordeel dat een einde moet worden gesteld aan de situatie waarbij in geen tegemoetkoming is voorzien voor de opleiding van geneesheren-specialisten in niet-universitaire ziekenhuizen. Om die reden zal in 2015 met alle betrokken partners een reglementering worden voorbereid om vanaf 2016 een forfaitaire vergoeding in te voeren per begeleide ASO met een erkend stageplan. Hierbij zal bijzondere aandacht worden besteed aan de noodzakelijke kwaliteitsvereisten, de samenwerking met en tussen de universiteiten en transparantie bij de toewijzing van de stageplaatsen.

4.3. Maatregelen op het vlak van informatisering

4.3.1. Vanaf 2016 zullen de praktijktoelage en telematicapremie voor huisartsen worden geïntegreerd waarbij naast een vast bedrag ook een variabel bedrag wordt ingevoerd waarbij rekening wordt gehouden met het effectief gebruik van telematica. De reglementering hiervan zal in 2015 in de schoot van de NCGZ worden voorbereid.

In afwachting hiervan wordt in 2015 :

a) het bedrag van de praktijktoelage wordt vastgesteld op 1.672,94 EUR en verhoogd met 500 EUR voor artsen die volledig toetreden tot het akkoord. Dat bedrag zal worden toegekend volgens de huidige toekenningsprocedure en op basis van de huidige criteria van de toekenning van de praktijktoelagen

b) een bijkomend vast bedrag toegekend van 817,20 EUR volgens de huidige toekenningsprocedure en op basis van de huidige criteria van de telematicapremie

De HAI'O's kunnen aanspraak maken op een telematicapremie zonder te moeten voldoen aan de criteria inzake praktijktoelage.

4.3.2. Bovendien wordt in het kader van een innovatieproject dat moet toelaten het gebruik van SUMEHRS in real life te testen in 2015 in een incentive voorzien voor huisartsen die recht hebben op voornoemde bedragen. Daartoe zal een forfaitair bedrag van 500 EUR worden toegekend aan de betrokken huisartsen die via het EMD SUMEHRS opladen en toegankelijk maken via Vitalink of Intermed, voor zover per praktijk ten minste gemiddeld 100 SUMEHRS per arts werden opgeladen.

4.3.3. Het RIZIV zal samen met alle betrokken partners (artsenorganisaties, ziekenfondsen, softwareleveranciers, Recipe,...) in 2015 een ruime informatiecampaagne opzetten en praktische leersessies organiseren die het mogelijk moeten maken dat een maximaal aantal artsen vertrouwd worden gemaakt met :

- het gebruik van Recipe (elektronisch voorschrijven van geneesmiddelen);
- het elektronisch aanvragen van de terugbetaling van geneesmiddelen hoofdstuk IV;
- het raadplegen van de verzekeraar, e-fac en e-DMG;
- het aanmaken en opladen van SUMEHRS;

— de procedure van toestemming van de patiënten voor het elektronisch uitwisselen van gegevens tussen artsen die een therapeutische relatie hebben met de betrokkenen;

— ...

Deze vormingssessies zullen in het kader van accreditering worden erkend. De campagne zal worden gefinancierd ten laste van de administratiekosten van het RIZIV.

5. AANBEVELINGEN EN BIJZONDERE PROGRAMMAPUNTEN

5.1. De NCGZ stelt vast dat in het regeerakkoord wordt vooropgesteld het wettelijk verbod om erloon-supplementen te factureren in twee- en meerpersoonskamers uit te breiden tot de daghospitalisaties. Ze neemt akte van het voornemen van de regering om deze maatregel tegen 30 juni 2015 te realiseren.

5.2. Voorts wenst de NCGZ betrokken te worden bij de concretisering van de aanpassing van de zogenoemde transparantiewet waarvan de inwerkingtreding tot 1 juli 2015 werd verdaagd. Daarbij moet als principe gelden dat maximaal gestreefd wordt naar administratief eenvoudige oplossingen. Het afleveren van een bewijsstuk zal enkel gelden ingeval van elektronische facturatie, alsook wanneer terugbetaalde verstrekkingen samen met niet-terugbetaalde verstrekkingen aan de patiënt worden aangerekend. De aanmaak van die bewijsstukken moet in de aanpassing van de elektronische dossiers worden vermeld.

Ook zal, in het licht van de onvermijdelijke evolutie naar meer informatisering en dematerialisering van documenten, in de schoot van de NCGZ, een oplossing worden gezocht waarbij wat de ambulante sector betreft een evenwicht wordt verzekerd tussen enerzijds de vraag naar transparantie vanwege de verzekeringsinstellingen en anderzijds het vermijden van eenzijdige en niet-overlegde verplichtingen van de zorgverleners. Hierbij verbinden partijen zich ertoe om in onderling overleg een regeling tot stand te brengen waarbij de verzekeringsinstellingen wat de ambulante sector betreft over het geheel van de aan de verzekerde aangerekende bedragen kunnen beschikken naar aanleiding van terugbetaalbare verstrekkingen van zodra de attestering via papieren getuigschriften wordt vervangen door een elektronisch circuit. In het kader van dit overleg zal worden vastgesteld welk gebruik kan worden gemaakt van de betrokken gegevens, in het licht van de wetgeving op de privacy enerzijds en de wettelijke opdrachten van de verzekeringsinstellingen anderzijds.

5.3. Verder zal de NCGZ een regeling uitwerken in verband met het aanrekenen van supplementen voor verstrekkingen inzake klinische biologie, pathologische anatomie en genetische onderzoeken.

5.4. Vanaf 1 juli 2015 zal ook het systeem van de sociale derdebetaler wettelijk verplicht worden voor huisartsraadplegingen van verzekerden met voorkeurregeling. Deze verplichting is gekoppeld aan het beschikbaar zijn van de nodige elektronische toepassingen op het terrein. De NCGZ wenst de impact van die maatregel strikt op te volgen en te evalueren.

5.5. De geplande toepassing ervan voor personen met een statuut van chronisch zieke werd door de regering niet aanvaard, tenzij op vrijwillige basis. Het Observatorium voor chronische ziekten werd met een impactanalyse belast. De regeling derde betalende zal met betrekking tot huisartsraadplegingen, op vraag van de patiënt, elektronisch kunnen worden toegepast voor de chronisch zieken vanaf 1 juli 2015.

5.6. De NCGZ dringt erop aan dat de DGEC de nodige controles en doorlichtingen zou uitvoeren inzake de aanrekening van honoraria bij een verblijf op intensieve zorgen. Ze wenst ook de aanbevelingen van de DGEC inzake de analyse van de financiering van de spoeddiensten prioritair te behandelen. Tenslotte wenst de NCGZ dat de nodige inspecties zouden worden gevoerd om na te gaan of de voorwaarden in verband met de aanwezigheid of beschikbaarheid van geneesheren-specialisten alsook inzake het gebruik van welbepaalde geautomatiseerde POC-testen, daadwerkelijk worden nageleefd.

5.7. Zoals in het vorige akkoord reeds werd aangekondigd zal de NCGZ verdere hervormingen doorvoeren in verband met het accrediteringssysteem. Daarbij zal in het bijzonder aandacht worden besteed aan het stimuleren van het gebruik van e-Health-toepassingen.

Verder zal worden nagegaan in welke mate meer eenvormigheid in de bedragen voor de accreditering van de specialisten tot stand kan worden gebracht.

5.8. De NCGZ wenst dat met de regering een tripartite overleg wordt opgestart m.b.t. de bepalingen uit het regeerakkoord inzake de referentiehuisarts. Er zal worden nagegaan hoe een optimale taakverdeling tussen de huisarts en de geneesheer-specialist kan tot stand worden gebracht.

6. BEVORDERING VAN DE CONVENTIONERING EN SOCIAAL STATUUT

6.1. Om de attractiviteit van het akkoord te bevorderen wordt, wat de huisartsen betreft die volledig toetreden, een verhoging van de praktijktoelage voorzien van 500 euro (zie punt 4.3.1. a).

6.2. De NCGZ is bezorgd over het feit dat bij bepaalde geneesheren-specialisten (dermatologen, oftalmologen, gynaecologen,...) het percentage weigeringen om toe te treden tot het akkoord meer dan 50 % bedraagt. Hierdoor wordt de toegang tot de betrokken zorgverlening in verschillende arrondissementen ernstig belemmerd.

Vanuit die bekommernis worden volgende initiatieven voorgesteld :

6.2.1. Omwille van de lage conventioneringsgraad in de volgende specialismen (oftalmologie, gynaecologie, dermatologie,...) zal een overleg worden opgestart tussen vertegenwoordigers van de NCGZ en vertegenwoordigers van de betrokken beroepsverenigingen teneinde mogelijke initiatieven voor de toekomst voor te bereiden.

6.2.2. Een jaarlijkse telematicapremie ten belope van 500 euro wordt toegekend aan de geneesheren-specialisten die volledig geconventioneerd zijn en die actief deelnemen aan de registratie van medische gegevens inzake projecten vastgesteld door de NCGZ (o.m. safe, orthopride, qermid, diabetes,...). De NCGZ stelt voor 30 juni 2015 de concrete toekenningsvoorwaarden vast.

6.2.3. Het tot stand brengen van een regeling inzake honorariumsupplementen bij bepaalde verstrekkingen zoals borstreconstructie na kanker, bijv. via het vaststellen van tarieven met akkoordverklaring.

6.3. De analyse die het mogelijk maakt het sociaal statuut op een meer selectieve wijze toe te kennen zal aan de NCGZ worden voorgelegd voor 31 maart 2015. Op basis van die analyse moet worden nagegaan hoe de beschikbare middelen kunnen worden herschikt om de toetreding tot een akkoord te bevorderen.

In afwachting daarvan worden de bedragen van het sociaal statuut als volgt aangepast :

- 4.535 EUR voor de artsen die volledig zijn geconventioneerd
- 2.200 EUR voor de artsen die gedeeltelijk zijn geconventioneerd

6.4. De NCGZ richt een permanente werkgroep op waarin voorstellen worden onderzocht met de betrekking tot de werking en de modernisering van het overleg en waarbij alle maatregelen worden onderzocht die kunnen bijdragen tot een verbetering van de attractiviteit van het akkoordensysteem en tot meer duidelijkheid voor de patiënten ondermeer in het kader van de gedeeltelijke conventionering. Een eerste verslag wordt tegen 30 juni 2015 uitgebracht.

7. CORRECTIEMAATREGELEN

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

8. TOEPASSINGSVOORWAARDEN VAN HET AKKOORD

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

- 8.1.1. De volledig geconventioneerde zorgverleners,
- 8.1.2. De gedeeltelijk geconventioneerde zorgverleners.

8.2. Huisartsen

8.2.1. De volledig geconventioneerde zorgverleners

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

8.2.2. De gedeeltelijk geconventioneerde zorgverleners

8.2.2.1. Definitie en toe te passen tarieven

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

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

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

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

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

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

8.2.3. Bijzondere eisen van de rechthebbende

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

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

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

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

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

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

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

8.3. Geneesheren-specialisten

8.3.1. De volledig geconventioneerde zorgverleners

De volledig geconventioneerde geneesheer-specialist is de geneesheer-specialist die zijn hele praktijk aan de voorwaarden van dit akkoord onderwerpt en voor wie, behalve wanneer de rechthebbende bijzondere eisen stelt die strikt zijn bepaald in punt 8.3.3, de honorariumbedragen en de reisvergoedingen, vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, op zijn hele praktijk worden toegepast.

8.3.2. De gedeeltelijk geconventioneerde zorgverleners

8.3.2.1. Definitie en toe te passen tarieven

De gedeeltelijk geconventioneerde geneesheer-specialist is de geneesheer-specialist die zijn hele praktijk aan de voorwaarden van dit akkoord onderwerpt, behalve gedurende de periodes en overeenkomstig de voorwaarden die strikt in punt 8.3.2.2. zijn bepaald.

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

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

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

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

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

8.3.2.2.3. en wanneer de geneesheer-specialist op elk van de mogelijke plaatsen van uitoefening van zijn praktijk, gedurende een bepaalde periode verstrekkingen verricht voor ambulante patiënten tegen de honorariumbedragen die zijn vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, behalve wanneer de rechthebbende bijzondere eisen stelt die strikt zijn bepaald in punt 8.3.3.

8.3.3. Bijzondere eisen van de rechthebbende

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

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

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

8.3.3.3. de raadplegingen voor de ambulante patiënten die op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt worden verricht na 21 uur, of op zaterdag, zondag of op feestdagen. Die raadplegingen vormen echter geen bijzondere eis indien ze kaderen binnen de georganiseerde wachtdienst en indien de geneesheer-specialist om persoonlijke redenen een voor het publiek toegankelijke raadpleging houdt, ontvangt op afspraak of bezoeken aflegt op deze uren en dagen. Afgesproken is evenwel dat de zieke in behandeling, die verzocht wordt zich opnieuw in de spreekkamer van de geneesheer aan te melden, niet onder de toepassing van de bijzondere eis valt. In overeenstemming met artikel 8 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt dient de arts de patiënt vooraf in te lichten over de financiële gevolgen van de bijzondere eis die door de patiënt wordt gesteld.

8.4. De honorariumbedragen en reisvergoedingen waarin dit akkoord voorziet, worden

toegepast op alle rechthebbenden op de verzekering voor geneeskundige verzorging, waaronder de rechthebbenden die recht hebben op de voorkeurregeling en die zijn bedoeld in de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, met uitzondering van de rechthebbenden die deel uitmaken van een gezin waarvan het belastbare jaarinkomen het bedrag overschrijdt van :

67.636,22 euro per gezin, vermeerderd met 2.253,73 euro per persoon ten laste, als er slechts één gerechtigde is;

of 45.090,32 euro per gerechtigde, vermeerderd met 2.253,73 euro per persoon ten laste, als er meerdere gerechtigden zijn.

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

8.6. Mededeling en bekendmaking van het toetredingsstatuut

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

De betreffende gegevens zullen op de website van het RIZIV worden geplaatst (www.riziv.be).

9. GESCHILLEN EN BEMIDDELING

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

10. DUUR VAN HET AKKOORD

10.1. Dit akkoord wordt voor een periode van één jaar gesloten namelijk van 1 januari 2015 t.e.m. 31 december 2015.

10.2 Het akkoord kan worden opgezegd door een van de partijen of door een arts met een ter post aangetekende brief die aan de voorzitter van de NCGZ is gericht binnen 30 dagen na de bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad* van wetgeving of reglementering die op eenzijdige wijze en zonder overleg met de partijen het evenwicht van de rechten en plichten voortvloeiend uit dit akkoord waartoe de arts is toegetreden, ernstig schaadt.

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

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

Die opzegging kan evenwel slechts in werking treden als de opzeggende partij die opzegging bevestigt voor de NCGZ die in spoedvergadering is bijeengeroepen, overeenkomstig de quorumregels bedoeld in artikel 50, § 2, vierde lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994. Deze opzegging door een van de partijen kan algemeen zijn of beperkt tot bepaalde verstrekkingen of groepen van verstrekkingen en/of tot bepaalde zorgverleners op wie de besparingsmaatregelen beoogd in het eerste lid betrekking hebben. In geval van gedeeltelijke opzegging moeten in de aangetekende brief ook de beoogde verstrekkingen of groepen van verstrekkingen en/of zorgverleners nauwkeurig worden vermeld. Deze opzegging is van toepassing vanaf de datum van inwerkingtreding van de voormelde correctiemaatregelen.

10.3. Behoudens voor wat de in het akkoord vermelde besparingen en correctiemaatregelen betreft, wordt bij toepassing van artikel 1183 BW het akkoord van rechtswege ontbonden 30 dagen na de bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad* van besparingsmaatregelen die door de regering eenzijdig werden vastgesteld ten aanzien van de artsen waarop de bepalingen van toepassing zijn. In dat geval wordt voorafgaandelijk aan het verlopen van deze termijn en bij hoogdringendheid een spoedvergadering van de NCGZ bijeengeroepen waarop de minister wordt uitgenodigd, teneinde een voor alle partijen aanvaardbare oplossing tot stand te brengen.

11. FORMALITEITEN

11.1. De geneesheren die weigeren toe te treden tot de bedingen van dit akkoord, geven kennis van hun weigering binnen de 30 dagen na de bekendmaking van dit akkoord in het *Belgisch Staatsblad*, met een ter post aangetekende brief, gericht aan de NCGZ, waarvan de zetel gevestigd is bij de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, Tervurenlaan 211, 1150 Brussel.

In die brief moet het volgende staan :

RIZIV- identificatienummer :

Ik, ondergetekende,

Naam en voornamen :

Volledig adres :

Hoedanigheid : Algemeen geneeskundige/geneesheer-specialist voor

(doorhalen wat niet past)

verklaar dat ik weiger toe te treden tot de bedingen van het op 22 december 2014 gesloten Nationaal Akkoord Geneesheren - Ziekenfondsen.

Datum :

Handtekening :

11.2. De andere geneesheren dan die welke, overeenkomstig de bepalingen die zijn vermeld onder 11.1, kennis hebben gegeven van hun weigering tot toetreding tot de bedingen van het akkoord dat op 22 december 2014 in de NCGZ is gesloten, worden ambtshalve geacht tot dit akkoord te zijn toegetreden voor hun volledige beroepsactiviteit, behalve als zij binnen de 30 dagen na de bekendmaking van dit akkoord in het *Belgisch Staatsblad* de voorwaarden inzake tijd en plaats hebben meegedeeld waaronder zij, overeenkomstig de bedingen van dit akkoord en meer bepaald de punten 8.2.2. en 8.3.2. tot het akkoord toetreden ("gedeeltelijke toetreding") :

11.2.1. ze de honorariumbedragen toepassen die daarin zijn vastgesteld;

11.2.2. ze de honorariumbedragen niet zullen kunnen toepassen die daarin zijn vastgesteld. Die mededeling moet worden gedaan met een ter post aangetekende brief, gericht aan de NCGZ op het onder 11.1 vermelde adres. In de brief moet het volgende staan :

11.2.2.1. voor de huisartsen :

RIZIV- identificatienummer :

Ik, ondergetekende,

Naam en voornamen :

Volledig adres :

verklaar mijn beroepsactiviteit, overeenkomstig de bedingen van het op 22 december 2014 gesloten Nationaal Akkoord Geneesheren-Ziekenfondsen, uit te oefenen onder de volgende voorwaarden inzake tijd en plaats :

a) raadplegingen, afspraken en verstrekkingen in de spreekkamer, buiten de bedingen van het akkoord, ten belope van maximaal drie keer per week per tijdvak van maximum 4 ononderbroken uren (punt 8.2.2.2. "Periodes en voorwaarden van de gedeeltelijke toetreding tot het akkoord") :

| Dagen | Plaats | Uren |
|-------|--------|------|
| | | |
| | | |
| | | |

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

| Dagen | Plaats | Uren |
|-------|--------|------|
| | | |
| | | |
| | | |

Datum :

Handtekening :

11.2.2.2. voor de geneesheren-specialisten :

RIZIV- identificatienummer :

Ik, ondergetekende,

Naam en voornamen :

Volledig adres :

Geneesheer-specialist voor :

verklaar mijn beroepsactiviteit, uitgeoefend overeenkomstig de bedingen van het op 22 december 2014 gesloten Nationaal Akkoord Geneesheren-Ziekenfondsen, uit te oefenen onder de volgende voorwaarden inzake tijd en plaats :

a) raadplegingen, afspraken en technische prestaties voor ambulante patiënten vallen buiten de bedingen van het akkoord ten belope van maximaal vier keer per week per tijdvak van maximum 4 ononderbroken uren (punt 8.3.2.2. "Periodes en voorwaarden van de gedeeltelijke toetreding tot het akkoord") :

| Dagen | Plaats | Uren |
|-------|--------|------|
| | | |
| | | |
| | | |

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

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

| Dagen | Plaats | Uren |
|-------|--------|------|
| | | |
| | | |
| | | |

Datum :

Handtekening :

11.3. Alle latere wijzigingen van de voorwaarden inzake tijd en plaats waaronder de onder 11.2 bedoelde geneesheren, overeenkomstig de bedingen van het akkoord, de daarin vastgestelde honorariumbedragen zullen toepassen, mogen worden toegepast, ofwel na een opzegging van dertig dagen, ofwel, zonder opzegging, na aanplakking van die wijzigingen in hun spreekkamer.

Die wijzigingen moeten door de betrokken artsen worden meegedeeld aan het secretariaat van de NCGZ ofwel onverwijld, van zodra ze worden toegepast als ze worden toegepast na aanplakking en zonder opzegging, ofwel dertig dagen vóór de toepassing ervan, waarbij de datum van de mededeling ervan de aanvang van de in het eerste lid bedoelde opzeggingstermijn is.

11.4. De facultatieve derdebetalersregeling is op hun verzoek toegankelijk voor de artsen die niet tot het akkoord zijn toegetreden voor zover zij aan het Nationaal Inter mutualistisch College te kennen geven dat zij onder dezelfde voorwaarden als de geconventioneerde artsen de tarieven van het akkoord zullen toepassen voor de verstrekkingen die gedekt zijn door de derdebetalersregeling.

Brussel, 22 december 2014.

De vertegenwoordigers van de geneesheren (BVA-ABSyM, AADM en Kartel-Cartel).

De vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen

SERVICE PUBLIC FEDERAL JUSTICE

[C – 2015/09048]

Frais de justice en matière répressive Indexation. — Tarif 2015

Règlement général des frais de justice en matière répressive

Pour 2015, en raison des restrictions budgétaires, les tarifs sont ceux de 2013 et 2014 (voir le *Moniteur belge* du 1^{er} mars 2013).

FEDERALE OVERHEIDSDIENST JUSTITIE

[C – 2015/09048]

Gerechtskosten in strafzaken Indexatie. — Tarief 2015

Algemeen reglement op de gerechtskosten in strafzaken

De tarieven voor 2015 zijn, vanwege budgettaire beperkingen, deze van 2013 en 2014 (zie *Belgisch Staatsblad* van 1 maart 2013).

SERVICE PUBLIC FEDERAL ECONOMIE, P.M.E., CLASSES MOYENNES ET ENERGIE

[C – 2015/11031]

Liste des personnes enregistrées comme prêteur agréé à la date du 31 décembre 2014 en application de l'article 75bis de la loi du 12 juin 1991 relative au crédit à la consommation

Publication faite par le Service public fédéral Economie, P.M.E., Classes moyennes et Energie en exécution de l'article 76 de loi susvisée.

Les personnes citées ci-après sont enregistrées aux fins d'effectuer les opérations qui correspondent aux rubriques suivantes, placées en regard de leurs nom et adresse.

A 1. la vente à tempérament visée à l'article 1^{er}, 9°, de la loi du 12 juin 1991 relative au crédit à la consommation, sans recourir au financement par un tiers;

A 2. le crédit-bail visé à l'article 1^{er}, 10°, de la même loi, sans recourir au financement par un tiers;

A 3. le prêt à tempérament visé à l'article 1^{er}, 11°, de la même loi;

A 4. l'ouverture de crédit visée à l'article 1^{er}, 12°, de la même loi ;

A 5. l'intervention comme financeur suite à une cession ou à une subrogation immédiate pour la vente à tempérament ou le crédit-bail, conformément aux articles 1^{er}, 9° et 10°, et 74, deuxième alinéa, de la même loi;

FEDERALE OVERHEIDSDIENST ECONOMIE, K.M.O., MIDDENSTAND EN ENERGIE

[C – 2015/11031]

Lijst der personen op datum van 31 december 2014 geregistreerd als erkende kredietgever in toepassing van artikel 75bis van de wet van 12 juni 1991 op het consumentenkrediet

Bekendmaking gedaan door de Federale Overheidsdienst Economie, K.M.O., Middenstand en Energie in uitvoering van artikel 76 van bovengenoemde wet.

De hierna vermelde personen worden geregistreerd om de verrichtingen te doen behorend bij het kenteken dat voorafgaat aan hun naam en adres.

A 1. de verkoop op afbetaling, bedoeld in artikel 1, 9°, van de wet van 12 juni 1991 op het consumentenkrediet, zonder financiering door een derde;

A 2. de financieringshuur bedoeld in artikel 1, 10°, van dezelfde wet, zonder financiering door een derde;

A 3. de lening op afbetaling, bedoeld in artikel 1, 11°, van dezelfde wet;

A 4. de kredietopening, bedoeld in artikel 1, 12°, van dezelfde wet;

A 5. de tussenkomst als financierder ingevolge onmiddellijke overdracht of indeplaatsstelling bij verkoop op afbetaling of financieringshuur, overeenkomstig de artikelen 1, 9° en 10°, en 74, tweede lid, van dezelfde wet;