

Dat het koninklijk besluit van 23 april 2020 tot het tijdelijk versoepelen van de voorwaarden waaronder werklozen, al dan niet met bedrijfstoelage, kunnen worden tewerkgesteld in vitale sectoren en tot het tijdelijk bevriezen van de degressiviteit van de volledige werkloosheidsuitkeringen, onder meer maatregelen bevatten die het inkomen van werklozen in deze periode op peil houden;

Dat de situatie vooralsnog niet in die mate is geëvolueerd dat het verantwoord is de maatregelen inzake de verlenging van de inschakelingsuitkeringen en de bevriezing van de werkloosheidsuitkeringen, te stoppen en dat ze dienen te worden verlengd tot 30 september 2020;

Dat het nemen van deze maatregelen dringend is teneinde de betrokken werklozen de nodige rechtszekerheid te bieden;

Op de voordracht van de Minister van Werk,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. In artikel 4 van het koninklijk besluit van 23 april 2020 tot het tijdelijk versoepelen van de voorwaarden waaronder werklozen, al dan niet met bedrijfstoelage, kunnen worden tewerkgesteld in vitale sectoren en tot het tijdelijk bevriezen van de degressiviteit van de volledige werkloosheidsuitkeringen, gewijzigd bij koninklijk besluit van 15 juli 2020, wordt de datum "31 augustus 2020" vervangen door de datum "30 september 2020".

Art. 2. In artikel 5 van hetzelfde besluit van 23 april 2020, gewijzigd bij koninklijk besluit van 15 juli 2020, worden in het eerste lid de woorden "met vijf maanden" vervangen door de woorden "met zes maanden" en wordt in het tweede en derde lid de datum "31 augustus 2020" telkens vervangen door de datum "30 september 2020".

Art. 3. Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 31 augustus 2020.

Art. 4. De minister bevoegd voor Werk is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 27 september 2020.

FILIP

Van Koningswege :
De Minister van Werk,
N. MUYLLE

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2020/43019]

11 SEPTEMBER 2020. — Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 april 2013 tot uitvoering van artikel 52, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat betreft de medische huizen

VERSLAG AAN DE KONING

Sire,

Het besluit dat ik de eer heb ter ondertekening voor te leggen aan Uwe Majesteit brengt wijzigingen aan in het koninklijk besluit van 23 april 2013 tot uitvoering van artikel 52, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat betreft de medische huizen.

In navolging van de audit over de medische huizen werd een gemengde werkgroep opgericht. Aan de werkzaamheden van deze werkgroep werd deelgenomen door vertegenwoordigers van de medische huizen, de verzekeringsinstellingen, de artsen en de leden van het verzekeringscomité die de tandheelkundigen, de kinesitherapeuten en de verpleegkundigen vertegenwoordigen

Bij het selecteren van de voorgestelde wijzigingen werd rekening gehouden met de prioriteiten van de verschillende actoren, maar ook met de haalbaarheid voor de medische huizen, de verzekeringsinstellingen en het RIZIV. De wijzigingen hebben betrekking op de berekening van de forfaitaire bedragen, de kwaliteit van de zorgverlening en de transparantie. In het ontwerp wordt ook een bepaling opgenomen over de budgettaire verantwoordelijkheid van de commissie.

Voor een aantal wijzigingen zal een overgangsmaatregel voor de bestaande medische huizen nodig zijn.

De berekening van de forfaitaire bedragen

Vu que l'arrêté royal du 23 avril 2020 assouplissant temporairement les conditions dans lesquelles les chômeurs, avec ou sans complément d'entreprise, peuvent être occupés dans des secteurs vitaux et gelant temporairement la dégressivité des allocations de chômage complet comprend, entre autres, des mesures visant à maintenir le revenu des chômeurs pendant cette période;

Vu que la situation n'a pas encore évolué à un point tel qu'il est justifié de mettre fin aux mesures prolongeant les allocations d'insertion et gelant la dégressivité des allocations de chômage et que celles-ci devraient être prolongées jusqu'au 30 septembre 2020;

Vu que l'adoption de ces mesures est urgente afin d'apporter la sécurité juridique nécessaire aux chômeurs concernés;

Sur la proposition de la Ministre de l'Emploi,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. A l'article 4 de l'arrêté royal du 23 avril 2020 assouplissant temporairement les conditions dans lesquelles les chômeurs, avec ou sans complément d'entreprise, peuvent être occupés dans des secteurs vitaux et gelant temporairement la dégressivité des allocations de chômage complet, modifié par l'arrêté royal du 15 juillet 2020, la date "31 août 2020" est remplacée par la date "30 septembre 2020".

Art. 2. A l'article 5 du même arrêté royal du 23 avril 2020, modifié par l'arrêté royal du 15 juillet 2020, les mots "de 5 mois" sont remplacés par les mots "de 6 mois" dans l'alinéa 1^{er} et la date "31 août 2020" est chaque fois remplacée par la date "30 septembre 2020" dans les alinéas 2 et 3.

Art. 3. Le présent arrêté produit ses effets le 31 août 2020.

Art. 4. Le ministre qui a l'Emploi dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 27 septembre 2020.

PHILIPPE

Par le Roi :
La Ministre de l'Emploi,
N. MUYLLE

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

[C – 2020/43019]

11 SEPTEMBRE 2020. — Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 23 avril 2013 portant exécution de l'article 52, § 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif aux maisons médicales

RAPPORT AU ROI

Sire,

L'arrêté que j'ai l'honneur de soumettre à la signature de Votre Majesté apporte des modifications à l'arrêté royal du 23 avril 2013 portant exécution de l'article 52, § 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif aux maisons médicales.

Suite à l'audit sur les maisons médicales, un groupe de travail mixte a été créé. Ont participé aux travaux de ce groupe de travail des représentants des maisons médicales, des organismes assureurs, des médecins et des membres du Comité de l'assurance qui représentent les praticiens de l'art dentaire, les kinésithérapeutes et les praticiens de l'art infirmier.

Lors de la sélection des modifications proposées, il a été tenu compte des priorités des différents acteurs, mais aussi de la faisabilité pour les maisons médicales, les organismes assureurs et l'INAMI. Les modifications portent sur le calcul des montants forfaitaires la qualité des soins dispensés et la transparence. Le projet contient également une disposition sur la responsabilité budgétaire de la Commission

Enfin, certaines modifications nécessiteront une mesure transitoire pour les maisons médicales existantes

Le calcul des montants forfaitaires.

De berekeningswijze die werd ingevoerd door het koninklijk besluit van 23 april 2013 is sinds 1 mei 2013 van kracht en is sindsdien ongewijzigd gebleven. De berekeningswijze is in essentie een verdelingsmechanisme, waarbij gebruik gemaakt wordt van de variabelen van het systeem van de financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen. De nu voorgestelde wijzigingen situeren zich op drie vlakken.

Momenteel worden de coëfficiënten die worden gebruikt bij de berekening van de forfaits (en die kunnen worden geïnterpreteerd als bijkomende gemiddelde kosten die gekoppeld zijn aan elk kenmerk van de leden van een medisch huis) voor de drie disciplines huisarts-geneeskunde, verpleegkunde en kinesitherapie verkregen op basis van de totale uitgaven van de leden

Bij de invoering van de nieuwe berekening in 2013 is ervoor gekozen om de berekeningen voorzichtigheidshalve te baseren op de totale uitgaven. De forfaits die met de totale uitgaven worden verkregen, vertonen evenwel minder onderlinge variaties dan de forfaits die op basis van de uitgaven van de drie disciplines worden verkregen. Met het voorgestelde mechanisme zullen de medische huizen met belangrijke behoeften op het vlak van eerstelijnsgezondheidszorg een groter deel van het budget krijgen.

Hoewel met deze wijziging in essentie een betere verdeling van de financiële middelen wordt beoogd, zou het nieuwe mechanisme ook besparingen in de sector kunnen opleveren. De doelgroep van de nieuwe medische huizen is vaak jonger en verkeert in betere gezondheid dan het gemiddelde van de sector (dat geldt voor de nieuwe medische huizen, maar niet voor de bestaande medische huizen die overschakelen van het systeem per handeling naar het forfaitsysteem). Door de grotere variabiliteit van de forfaits zullen die nieuwe medische huizen, zodra zij technisch gezien in de berekening van het verdelingsmechanisme kunnen worden opgenomen, een lager forfait ontvangen dan met de huidige berekeningswijze. Het is moeilijk om dit effect te kwantificeren, het zal afhangen van het profiel van de leden die in het forfaitsysteem worden opgenomen.

Hierbij moet nog meegegeven worden dat in de huidige berekeningswijze de verpleegkundige forfaits B en C buiten beschouwing blijven, omdat de informatie die daarover beschikbaar is niet voldoende betrouwbaar is. Met het organiseren en sanctioneren van de informatiestromen over de Katz-schalen (in de artikelen 4,3° en 11 van het ontwerp: voor de medische huizen die de informatie niet overmaken in een bepaald jaar wordt het forfait huisarts-geneeskunde het jaar daarop niet geïndexeerd) moet dit manco verholpen worden, zodat kan beslist worden op welke manier de informatie kan worden aangewend bij de berekening van de forfaitaire bedragen.

De tweede voorgestelde wijziging wil de snelheid van de werking van het verdelingsmechanisme optrekken. In artikel 9 van het koninklijk besluit van 23 april 2013 is nu bepaald dat indien bij de jaarlijkse herberekening het forfait voor een medisch huis lager ligt, het verschil niet meer dan 1% van het forfaitair bedrag mag bedragen. Nu wordt voorgesteld dit traag mechanisme te vervangen door een mechanisme dat na twee jaar leidt tot het volle bedrag dat uit de verbeterde berekening voortvloeit.

Het voorstel houdt in dat de verlaging van het bedrag beperkt wordt tot:

- 1° 1/3 van het verschil voor de bedragen voor het eerste jaar;
- 2° 2/3 van het verschil voor de bedragen het tweede jaar.

Er wordt geen beperking van het verschil toegepast op de bedragen voor het derde jaar en volgende.

Er kan op gewezen worden dat dit sneller mechanisme, dat op zich intrinsiek budgettair neutraal is, toch budgettaire effecten kan teweeg brengen omdat nieuwe medische huizen, die in een eerste fase een zelfde gemiddeld forfaitair bedrag krijgen, sneller een forfaitair bedrag zullen krijgen dat volledig op hun populatie is afgestemd, namelijk vanaf het moment waarop de dienst-informatie-technisch in staat is voor de eerste keer het verdelingsmechanisme toe te passen. Daardoor zal voor sommige praktijken of groepen van zorgverleners de intrede in het forfait systeem een stuk minder aantrekkelijk zijn.

De derde voorgestelde wijziging heeft betrekking op de beginnende medische huizen met minder dan 500 ingeschrevenen

In het huidige systeem wordt voor de berekening van de forfaitaire bedragen een onderscheid gemaakt tussen de mature en de niet-mature huizen, maar dit systeem lijkt niet echt adequaat. Daarom wordt nu voorgesteld om dit dubbel concept te verlaten, maar wel voor een beperkte periode nog een instap-regime te voorzien voor de startende medische huizen met minder dan 500 patiënten. Terwijl de nieuwe berekeningswijze van toepassing is op alle andere medische huizen wordt voor deze kleine starters nu voorgesteld dat ze een aangepast bedrag krijgen, dat overeenkomt met het gemiddelde van de bedragen berekend:

- op basis van de nieuwe berekeningswijze;

Le mode de calcul qui a été introduit par l'arrêté royal du 23 avril 2013 est en application depuis le 1^{er} mai 2013 et n'a plus été modifié depuis lors. Le mode de calcul est essentiellement un mécanisme de répartition, dans lequel on utilise les variables du système de la responsabilité financière des organismes assureurs. Les modifications proposées aujourd'hui se situent à 3 niveaux.

Pour le moment, les coefficients utilisés pour le calcul des forfaits (et pouvant être interprétés comme des coûts moyens supplémentaires associés à chaque caractéristique des membres d'une maison médicale) pour les trois disciplines médecine générale, art infirmier et kinésithérapie sont obtenus sur la base des dépenses totales des membres.

Lors de l'introduction du nouveau calcul en 2013, il avait été choisi par précaution de baser les calculs sur les dépenses totales. Les forfaits obtenus avec les dépenses totales montrent toutefois moins de variations réciproques que les forfaits obtenus sur la base des dépenses des trois disciplines. Avec le mécanisme proposé, les maisons médicales ayant des besoins importants au niveau des soins de santé de première ligne bénéficieront d'une plus grande partie du budget.

Si cette modification vise par essence une meilleure répartition des moyens financiers, le nouveau mécanisme permettrait aussi d'entraîner des économies dans le secteur. Le groupe cible des nouvelles maisons médicales est souvent plus jeune et en meilleure santé que la moyenne du secteur (cela vaut pour les nouvelles maisons médicales mais pas pour les maisons médicales existantes qui passent du système à l'acte au système au forfait). En raison de la grande variabilité des forfaits, les nouvelles maisons médicales recevront, dès qu'elles pourront être techniquement intégrées dans le calcul du mécanisme de répartition, un forfait moins important qu'avec le mode de calcul actuel. Il est difficile de quantifier cet effet qui dépendra du profil des membres inscrits dans le système forfaitaire

Il convient également de noter que dans le mode de calcul actuel, les forfaits infirmiers B et C ne sont pas pris en considération parce que les informations disponibles en la matière ne sont pas suffisamment fiables. En organisant et en sanctionnant les flux d'information sur les échelles de Katz (dans les articles 4, 3° et 11 du projet : pour les maisons médicales qui ne transmettent pas l'information au cours d'une année déterminée, le forfait de médecine générale ne sera pas indexé l'année suivante) ce manquement doit être corrigé, afin de déterminer comment l'information peut être utilisée dans le calcul des montants forfaitaires.

La deuxième proposition de changement a pour objectif d'augmenter la vitesse de fonctionnement du mécanisme de répartition. L'article 9 de l'arrêté royal du 23 avril 2013 stipule actuellement que si, suite au recalcul annuel, le forfait a diminué pour une maison médicale, la différence ne peut pas dépasser 1 % du montant forfaitaire. Il est proposé de remplacer ce mécanisme lent par un mécanisme qui aboutit après 2 ans au montant total découlant du calcul amélioré évoqué ci-dessus.

La proposition implique que la diminution du montant soit limitée à :

- 1° 1/3 de la différence pour les montants de la première année ;
- 2° 2/3 de la différence pour les montants de la deuxième année.

Aucune limitation de la différence n'est appliquée aux montants pour la troisième année et suivantes.

On peut souligner que ce mécanisme plus rapide, qui est en soi budgétairement neutre, peut quand même avoir des conséquences budgétaires parce que les nouvelles maisons médicales, qui reçoivent dans une première phase un même montant forfaitaire moyen, recevront plus rapidement un montant forfaitaire entièrement aligné sur leur population, c'est-à-dire à partir du moment où le service sera capable, du point de vue des informations et de la technique, d'appliquer pour la première fois le mécanisme de répartition. Par conséquent, l'entrée dans le forfait sera un peu moins intéressante pour certains groupes de dispensateurs ou pratiques.

La troisième modification proposée concerne les maisons médicales qui débutent avec moins de 500 inscrits.

Dans le système actuel, on fait une distinction pour le calcul des montants forfaitaires entre maisons matures et non matures, mais ce système ne semble pas vraiment adéquat. C'est pourquoi il est proposé de quitter ce double concept et de prévoir pour une période limitée un régime d'entrée pour les maisons médicales qui débutent avec moins de 500 patients. Alors que le nouveau mode de calcul s'appliquera à toutes les autres maisons médicales, il est proposé pour ces petites maisons médicales qui débutent de recevoir un montant adapté, correspondant à la moyenne des montants calculés:

- selon le nouveau mode de calcul;

- voor de populaties van de niet-mature medische huizen, volgens de definitie zoals die in het huidige systeem nog van kracht is.

Deze regeling is opgenomen in artikel 6 van het ontwerp. Het akkoord voor de forfaitaire betaling na het derde jaar indien het medisch huis na dertig maanden minder dan 500 ingeschreven rechthebbenden telt.

De honoraria voor de diabetespas (nomenclatuurcode 102395), die tot eind 2015 ook mee in de berekening van de forfaitaire bedragen waren opgenomen, worden geschrapt in het koninklijk besluit (zie artikel 4,2°, van het ontwerp).

De honoraria voor het GMD (nomenclatuurcode 102771) blijven wel in de berekening opgenomen, de honoraria voor het pretraject diabetes (nomenclatuurcode 102852) maken het voorwerp uit van een apart facturatiecircuit

Maatregelen die bijdragen tot de kwaliteit van de zorgverlening

De meest directe en de minst omslachtige manier om kwaliteitsgaranties in het systeem in te bouwen bestaat erin te vereisen dat de individuele zorgverleners voldoen aan de accrediteringsvoorwaarden die voor hen gelden. Alhoewel dergelijke voorwaarden momenteel alleen voor de artsen kracht zijn, is de voorgestelde aanvulling van artikel 2 van het koninklijk besluit van 23 april 2013 zo geformuleerd dat ze van toepassing is op alle categorieën van zorgverleners die in het forfaitair systeem werken en waarvoor een accrediteringssysteem van toepassing is. De wijziging bevat nu ook expliciet de bepaling dat de zorgverleners moeten toetreden tot de akkoorden of overeenkomsten, terwijl tot nu enkel werd gestipuleerd dat ze akkoorden- of honorariumtarieven moeten naleven.

De toepassing van dit principe vergt de invoeging van een nieuw artikel 11/1 in het koninklijk besluit van 23 april 2013

Structurele maatregelen die bijdragen tot een betere transparantie

In deze fase wordt een eerste kwartet van maatregelen voorgesteld, die de grondslag vormen van meer transparantie in het beheer van de medische huizen:

- het opleggen van de rechtspersoonlijkheid;
- het organiseren van de duurtijd van de akkoorden gesloten met het oog op de forfaitaire betaling van de verstrekkingen;
- het formaliseren en reglementeren van de verplichting om activiteitenverslagen en financiële verslagen over te maken;
- het versterken van de besluitvorming rond het opzeggen van akkoorden voor forfaitaire betaling.

Deze principes worden in de eerste plaats ten uitvoer gelegd via een volledig nieuwe versie van artikel 13, § 3, van het koninklijk besluit van 23 april 2013.

De bepalingen inzake de verslaggeving zijn van toepassing op alle medische huizen, ongeacht het aantal maanden dat zij gedurende een kalenderjaar in het forfaitair systeem hebben gewerkt

De budgettaire verantwoordelijkheid van de commissie

Met een aanpassing van artikel 10 van het koninklijk besluit van 23 april 2013 (opgenomen in artikel 8 van het ontwerp) wordt op een specifieke manier de commissie geresponsabiliseerd op algemeen macro budgettair vlak, en dit zowel op het vlak van de budgetvorming als op dat van de budgetopvolging.

Overgangsmatregelen

In een slotbepaling van het ontwerp wordt een overgangsmaatregel voor de bestaande medische huizen opgenomen.

Observaties van de Raad van State

Het ontwerp is aangepast aan de opmerkingen van de Raad van State. Zo is gepreciseerd geweest dat de bevoegdheid van het Verzekeringscomité om modeldocumenten op te stellen gebaseerd is op de regelgevende bevoegdheid die het comité heeft krachtens artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Ik heb de eer te zijn,

Sire,
van Uwe Majesteit,
de zeer eerbiedige
en zeer getrouwe dienaar,

De Minister van Sociale zaken en Volksgezondheid,
M. DE BLOCK

- pour les populations des maisons médicales non matures, selon les termes de la définition qui s'applique encore dans le système actuel.

Ce règlement figure à l'article 6 du projet. L'accord pour le paiement forfaitaire après la troisième année si la maison médicale compte moins de 500 bénéficiaires inscrits après trente mois.

Sont supprimés les honoraires du passeport du diabète (code de nomenclature 102395) qui, jusqu'à fin 2015, étaient également inclus dans le calcul des montants forfaitaires (article 4, 2°, du projet).

Les honoraires pour le Dossier médical global (DMG code de nomenclature 102771) restent inclus dans le calcul, les honoraires pour le prétraject du diabète (code de nomenclature 102852) font l'objet d'un circuit de facturation distinct.

Mesures qui contribuent à la qualité des soins dispensés

La façon la plus directe et la moins compliquée pour intégrer des garanties de qualité dans le système consiste à exiger que les dispensateurs de soins individuels répondent aux conditions d'accréditation qui leur sont applicables. Bien que de telles conditions ne s'appliquent à l'heure actuelle qu'aux médecins, l'ajout proposé à l'article 2 de l'arrêté royal du 23 avril 2013 est formulé de telle sorte qu'il s'appliquera à toutes les catégories de dispensateurs de soins qui travaillent dans le cadre du forfait et qui sont soumis à un système d'accréditation. La modification contient désormais également une disposition explicite selon laquelle les dispensateurs de soins doivent adhérer aux accords ou aux conventions, alors que jusqu'à présent, il était seulement stipulé qu'ils devaient respecter les tarifs des accords ou des honoraires.

L'application de ce principe nécessite l'insertion d'un nouvel article 11/1 dans l'arrêté du 23 avril 2013.

Mesures structurelles qui contribuent à plus de transparence.

Dans cette phase, quatre mesures sont proposées, qui constituent la base pour plus de transparence dans la gestion des maisons médicales :

- imposer la personnalité morale;
- organiser la durée des accords conclus en vue du paiement forfaitaire des prestations;
- formaliser et réglementer l'obligation de transmettre les rapports d'activités et les rapports financiers ;
- renforcer la prise de décision relative à la résiliation d'accords pour le paiement forfaitaire.

Ces principes sont en premier lieu mis en œuvre grâce à une toute nouvelle version de l'article 13, § 3, de l'arrêté royal du 23 avril 2013.

Les dispositions en matière de rapport s'appliquent à toutes les maisons médicales, quel que soit le nombre de mois pendant lesquels elles ont travaillé dans le système forfaitaire au cours d'une année civile.

Responsabilité budgétaire de la Commission

Avec une adaptation de l'article 10 de l'arrêté royal du 23 avril 2013 (article 8 du projet), la commission est responsabilisée de manière spécifique au niveau macro-budgétaire général, tant dans le domaine de la formation budgétaire que du suivi budgétaire.

Mesures transitoires

Dans une disposition finale du projet une mesure transitoire est formulée pour les maisons médicales existantes :

Observations du Conseil d'Etat.

Le projet a été adapté aux remarques du Conseil d'Etat. Il a été ainsi précisé que la compétence du Comité de l'assurance de fixer des modèles de document est basée sur la compétence réglementaire que confère à ce dernier l'article 22,11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

J'ai l'honneur d'être,

Sire,
de Votre Majesté,
le très respectueux
et très fidèle serviteur,

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
M. DE BLOCK

11 SEPTEMBER 2020. — Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 april 2013 tot uitvoering van artikel 52, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat betreft de medische huizen

FILIP, Koning der Belgen,
Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groot.

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, artikel 52, § 1, gewijzigd door de wet van 14 januari 2002;

Gelet op het koninklijk besluit van 23 april 2013 tot uitvoering van artikel 52, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat betreft de medische huizen;

Gelet op het advies van de Commissie belast met de toepassing betreffende de forfaitaire betaling van sommige verstrekkingen en met het sluiten van de akkoorden betreffende het forfait, gegeven op 21 maart 2019;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering van 29 april 2019;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 27 juni 2019 en 17 oktober 2019 ;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting van 27 mei 2020 ;

Gelet op het advies 67.287/2 van de Raad van State, gegeven op 18 juni 2020 met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2°, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Op de voordracht van de Minister van Sociale Zaken,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. In artikel 1 van het koninklijk besluit van 23 april 2013 tot uitvoering van artikel 52, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, worden 5° en 6° opgeheven.

Art. 2. In artikel 2 van hetzelfde besluit wordt de tweede alinea vervangen door de volgende bepaling:

“De forfaitaire betaling van de verstrekkingen kan alle of een gedeelte van de in artikel 4 bepaalde verstrekkingen dekken die kunnen worden verricht door iedere zorgverlener die toetreedt tot de tarievenovereenkomsten of de tarievenakkoorden en die beantwoordt aan de accreditatievoorwaarden vastgesteld overeenkomstig artikel 36bis van de wet.”

Art. 3. Artikel 5 van hetzelfde besluit wordt vervangen door de volgende bepaling:

“Art. 5. Het vast maandelijks bedrag voor elk van de groepen van verstrekkingen bedoeld in artikel 4 wordt jaarlijks berekend door de Dienst voor geneeskundige verzorging bedoeld in artikel 14 van de wet overeenkomstig de bepalingen van onderhavig besluit:

1° voor elk medisch huis voor alle rechthebbenden ingeschreven in dat medisch huis;

2° voor een bestaande groep van zorgverleners die minstens één van de groepen van verstrekkingen bedoeld in artikel 4 aanbiedt aan minstens 500 rechthebbenden en een akkoord sluit zoals bedoeld in Hoofdstuk III Afdeling I van onderhavig besluit, voor alle rechthebbenden;

3° voor de rechthebbenden van een startend medisch huis dat niet beantwoordt aan 2°.”

Art. 4. In artikel 6 van hetzelfde koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° § 1 wordt vervangen door de volgende bepaling:

“§ 1. Het vast maandelijks bedrag zoals bedoeld in artikel 5, 1°, en 2°, wordt jaarlijks bepaald overeenkomstig de volgende regels :

1° het globaal budget wordt bepaald door de som van de vaste maandelijks bedragen betaald in de laatste maand van het voorgaande jaar waarvoor de betalingsgegevens beschikbaar zijn door de verzekeringsinstellingen voor alle rechthebbenden behorend tot de populaties van alle medische huizen die de groep van verstrekkingen aan de rechthebbenden aanbieden;

11 SEPTEMBRE 2020. — Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 23 avril 2013 portant exécution de l'article 52, § 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif aux maisons médicales

PHILIPPE, Roi des Belges,
A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 52, § 1^{er}, modifié par la loi du 14 janvier 2002 ;

Vu l'arrêté royal du 23 avril 2013 portant exécution de l'article 52, § 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif aux maisons médicales ;

Vu l'avis de la Commission chargée de l'application de la réglementation concernant le paiement forfaitaire de certaines prestations et de la conclusion des accords concernant le forfait, donné le 21 mars 2019 ;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité du 29 avril 2019 ;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 27 juin 2019 et le 17 octobre 2019 ;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 27 mai 2020 ;

Vu l'avis 67.287/2 du Conseil d'Etat, donné le 18 juin 2020 en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2°, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973;

Sur la proposition de la Ministre des Affaires sociales,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. À l'article 1^{er} de l'arrêté royal du 23 avril 2013 portant exécution de l'article 52, § 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, les 5° et 6° sont abrogés.

Art. 2. À l'article 2 du même arrêté, le deuxième alinéa est remplacé par la disposition suivante :

« Le paiement forfaitaire des prestations peut couvrir tout ou partie des prestations définies dans l'article 4 qui peuvent être effectuées par tout dispensateur de soins qui adhère aux conventions ou accords sur les tarifs, et qui répond aux conditions d'accréditation fixées conformément à l'article 36bis de la loi. »

Art. 3. L'article 5 du même arrêté est remplacé par la disposition suivante:

“Art. 5. Le montant forfaitaire mensuel pour chacun des groupes de prestations visés à l'article 4 est calculé annuellement par le Service des soins de santé visé à l'article 14 de la loi conformément aux dispositions du présent arrêté :

1° pour chaque maison médicale pour tous les bénéficiaires inscrits dans cette maison médicale;

2° pour un groupe existant de dispensateurs de soins qui offre au moins un des groupes de prestations visés à l'article 4 à 500 bénéficiaires minimum et conclut un accord tel que visé au Chapitre III Section I du présent arrêté, pour l'ensemble des bénéficiaires;

3° pour les bénéficiaires d'une maison médicale débutante qui ne répond pas aux critères du 2°.”

Art. 4. À l'article 6 du même arrêté royal sont apportées les modifications suivantes:

1° le § 1 est remplacé par la disposition suivante:

“§ 1^{er}. Le forfait mensuel comme visé à l'article 5, 1°, et 2°, est fixé annuellement conformément aux règles suivantes:

1° le budget global est déterminé par la somme des forfaits mensuels payés dans le dernier mois de l'année précédente pour lequel les données de paiement sont disponibles par les organismes assureurs à tous les bénéficiaires appartenant aux populations de toutes les maisons médicales qui offrent le groupe de prestations aux bénéficiaires;

2° het globale budget bedoeld in 1° wordt gedeeld door het totaal aantal rechthebbenden dat behoort tot de populatie van alle medische huizen die de groep van verstrekkingen aan de rechthebbenden aanbieden, met uitsluiting van de rechthebbenden waarvoor het vast maandelijks bedrag niet werd betaald;

3° voor elk medisch huis dat de groep van verstrekkingen aanbiedt, wordt het bedrag voortkomend uit 2° gecorrigeerd met een bedrag dat gelijk is aan één twaalfde van de som van de bedragen die voortkomen uit de volgende berekening op basis van een aantal variabelen vastgesteld door de Commissie, vertrekkende van bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 4 mei 2012 tot vaststelling van de methode voor de berekening van de normatieve verdeelsleutel en de kenmerken van de parameters met het oog op de toepassing van de financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen voor het jaar 2008 en de daarop volgende jaren :

a) de waarde van elke variabele, aangepast door de vermenigvuldiging ervan met de verhouding tussen de gemiddelde uitgave per rechthebbende voor de groep van verstrekkingen waarvoor het forfaitair bedrag wordt berekend, gemeten in de loop van het voorgaande jaar enerzijds en dezelfde gemiddelde uitgave per rechthebbende, gemeten tijdens het laatste jaar waarvoor de variabele werd berekend anderzijds vermenigvuldigd met het verschil tussen

b) de verhouding tussen het aantal rechthebbenden op de groep van verstrekkingen behorend tot de populatie van het medisch huis dat beantwoordt aan de variabele enerzijds en het globale aantal rechthebbenden op de groep van verstrekkingen dat behoort tot de populatie van het medisch huis en anderzijds

c) de verhouding tussen het aantal rechthebbenden op de groep van verstrekkingen van de populaties van alle medische huizen dat beantwoordt aan de variabele enerzijds en het globale aantal rechthebbenden op de groep van verstrekkingen dat behoort tot de populaties van alle medische huizen anderzijds."

4° De berekening van diens vast maandelijks bedrag wordt meegeedeeld aan elk medisch huis.

Het globale resultaat en de verschillende individuele resultaten worden meegeedeeld aan het Verzekeringcomité."

2° In § 5 worden de woorden "verstrekkingen 102771 en 102395" vervangen door de woorden "voor de verstrekking 102771"

3° § 6 wordt vervangen door de volgende bepaling :

§ 6. De medische huizen maken aan de verzekeringsinstellingen alle evaluatieschalen en alle wijzigingen en hernieuwingen van de evaluatieschalen zoals bepaald in bijlage 3 van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22,11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 betreffende hun ingeschreven rechthebbenden over.

In voorkomend geval delen de medische huizen ten laatste op 31 december van het jaar aan de verzekeringsinstellingen mee dat in de loop van het jaar voor geen van hun ingeschreven rechthebbenden een evaluatieschaal is opgemaakt.

De verzekeringsinstellingen registreren de evaluatieschalen en de informatie die er uit voortvloeit, zodat de Commissie kan beslissen op welke manier deze kunnen aangewend worden bij de berekening van de forfaitaire bedragen.

Art. 5. Artikel 7 van hetzelfde besluit wordt ver vangen door de volgende bepaling :

"De berekeningen beschreven in artikel 6 gebeuren overeenkomstig formule die gaat in bijlage bij dit besluit."

Art. 6. Artikel 8 van hetzelfde besluit wordt vervangen door de volgende bepaling :

"Het vast maandelijks bedrag zoals bedoeld in artikel 5, 3°, is gelijk aan het gemiddelde van de forfaitaire bedragen berekend met toepassing van artikel 6, § 1, voor de populaties van de medische huizen die niet beantwoorden aan de definitie van artikel 1,6° van onderhavig besluit zoals het tot en met 30 juni 2019 van kracht was.

2° le budget global visé au 1° est divisé par le nombre total de bénéficiaires appartenant à la population de toutes les maisons médicales qui offrent le groupe de prestations aux bénéficiaires, à l'exception des bénéficiaires pour lesquels le forfait mensuel n'a pas été payé;

3° pour toute maison médicale qui offre le groupe de prestations, le montant résultant du 2° est corrigé d'un montant qui est égal à un douzième de la somme des montants qui résultent du calcul suivant sur la base de certaines variables établies par la Commission, partant de l'annexe 1^{re} à l'arrêté royal du 4 mai 2012 fixant la méthode de calcul de la clé de répartition normative et les caractéristiques des paramètres en vue de l'application de la responsabilité financière définitive des organismes assureurs pour les années 2008 et suivantes:

a) la valeur de chaque variable, adaptée par sa multiplication par le rapport entre, d'une part, la dépense moyenne par bénéficiaire pour le groupe de prestations pour lequel le montant forfaitaire est calculé, mesurée au courant de l'année précédente et, d'autre part, la même dépense moyenne par bénéficiaire mesurée au cours de la dernière année pour laquelle la variable a été calculée multipliée par la différence entre

b) le rapport entre, d'une part, le nombre de bénéficiaires du groupe de prestations appartenant à la population de la maison médicale qui répond à la variable et, d'autre part, le nombre global de bénéficiaires du groupe de prestations qui appartient à la population de la maison médicale et, d'autre part,

c) le rapport entre, d'une part, le nombre de bénéficiaires du groupe de prestations appartenant à la population de toutes les maisons médicales qui répond à la variable et, d'autre part, le nombre global de bénéficiaires du groupe de prestations qui appartient à la population de toutes les maisons médicales.

4° Le calcul de son forfait mensuel est communiqué à chaque maison médicale.

Le résultat global et les différents résultats individuels sont communiqués au Comité de l'assurance. "

2° Au § 5, les mots « prestations 102771 et 102395 » sont remplacés par les mots « pour les prestations 102771 ».

3° Le § 6 est remplacé par la disposition suivante :

§ 6. Les maisons médicales transfèrent aux organismes assureurs toutes les échelles d'évaluation ainsi que toutes les modifications ou tous les renouvellements des échelles d'évaluation concernant leurs bénéficiaires inscrits comme stipulé dans l'annexe 3 du règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le cas échéant, les maisons médicales communiquent aux organismes assureurs, au plus tard le 31 décembre de l'année, qu'aucune échelle d'évaluation n'a été réalisée au cours de l'année pour leurs bénéficiaires inscrits.

Les organismes assureurs enregistrent les échelles d'évaluation et les informations qui en découlent, afin que la Commission puisse décider comment ils peuvent être prises en compte dans le calcul des montants forfaitaires.

Art. 5. L'article 7 du même arrêté est remplacé par la disposition suivante:

"Les calculs décrits dans l'article 6 sont réalisés conformément à la formule reproduite en annexe au présent arrêté".

Art. 6. L'article 8 du même arrêté est remplacé par la disposition suivante:

"Le forfait mensuel comme visé à l'article 5, 3°, est égal à la moyenne des montants forfaitaires calculée en application de l'article 6, § 1^{er}, pour les populations des maisons médicales qui ne répondent pas à la définition de l'article 1.6° du présent arrêté tel qu'il était en vigueur jusqu'au 30 juin 2019 inclus.

Het akkoord voor de forfaitaire betaling neemt een einde na het derde jaar indien het medisch huis na dertig maanden minder dan 500 ingeschreven rechthebbenden telt."

Art. 7. Artikel 9, § 1, van hetzelfde besluit wordt vervangen door de volgende bepaling:

"§ 1. Indien door de toepassing van de artikelen 6 tot en met 8 de som van de maandelijkse bedragen voor elk van de groepen van verstrekkingen zoals bedoeld in artikel 4 voor een medisch huis lager is dan de som van die bedragen voor het voorgaande jaar, dan wordt de verlaging van het bedrag beperkt tot 1/3 van het verschil voor de bedragen voor het eerste jaar waarvoor de artikelen 6 tot en met 8 worden toegepast en tot 2/3 van het verschil voor de bedragen voor het tweede jaar waarvoor de artikelen 6 tot en met 8 worden toegepast."

Op de bedragen voor het derde jaar en volgende wordt geen beperking van het verschil toegepast."

Art. 8. In artikel 10 van hetzelfde besluit wordt de tweede alinea vervangen door de volgende bepaling :

"De commissie evalueert jaarlijks de globale toepassing van de bepalingen van dit hoofdstuk, in het bijzonder in het licht van de evolutie van de kenmerken van de populaties van de medische huizen."

De commissie raamt jaarlijks de financiële middelen die nodig zijn voor de uitvoering van dit besluit, en houdt daarbij in het bijzonder rekening met de evolutie van het aantal ingeschreven rechthebbenden in een medisch huis en de karakteristieken van deze rechthebbenden. De commissie maakt haar jaarlijkse raming over aan het Verzekeringscomité en aan de Algemene Raad van de verzekering voor geneeskundige verzorging bedoeld in artikel 15 van de gecoördineerde wet.

De commissie neemt passende en accurate maatregelen indien de door de Algemene Raad vastgestelde financiële middelen voor de medische huizen worden overschreden, rekening houdend met de specificiteit van de honorariavorming die voortvloeit uit de toepassing van dit besluit, en, in voorkomend geval, op basis van de informatie die voortspruit uit de registratie bedoeld in artikel 14."

Art. 9. Artikel 11 van hetzelfde besluit wordt vervangen door de volgende bepaling :

"Bij de toepassing van artikel 6 kan de Commissie rekening houden met het feit dat de rechthebbenden of een deel van de rechthebbenden ingeschreven bij een medisch huis voorheen ingeschreven waren bij een ander medisch huis: in voorkomend geval wordt dit meegedeeld aan het Verzekeringscomité."

Art. 10. In hetzelfde besluit wordt een artikel 11/1 ingevoegd, luidend als volgt :

"De zorgverleners van het medisch huis voldoen aan de accreditatievoorwaarden bedoeld in artikel 2, ten laatste één jaar nadat zij deel uitmaken van de groep van zorgverleners van het medisch huis."

Art. 11. In artikel 12 van hetzelfde besluit wordt een alinea toegevoegd, luidend als volgt :

" De indexering bedoeld in de vorige alinea wordt niet toegepast op het forfaitair bedrag betreffende de groep van verstrekkingen bedoeld in artikel 4,1°, indien het medisch huis geen toepassing maakt van artikel 6,§ 6."

L'accord pour le paiement forfaitaire prend fin après la troisième année si la maison médicale compte moins de 500 bénéficiaires inscrits après trente mois. "

Art. 7. L'article 9, § 1^{er}, du même arrêté est remplacé par la disposition suivante:

"§ 1^{er}. Si, en vertu de l'application des articles 6 à 8 inclus, la somme des montants mensuels pour chaque groupe de prestations comme prévu dans l'article 4 pour une maison médicale est inférieure à la somme de ces montants de l'année précédente, alors la réduction du montant se limite à 1/3 de la différence pour les montants pour la première année pour laquelle les articles 6 à 8 inclus sont appliqués et à 2/3 de la différence pour les montants pour la deuxième année pour laquelle les articles 6 à 8 inclus sont appliqués."

Aucune limitation de la différence n'est appliquée aux montants pour la troisième année et les années suivantes."

Art. 8. À l'article 10 du même arrêté, le deuxième alinéa est remplacé par la disposition suivante :

« La commission évalue annuellement l'application globale des dispositions de ce chapitre, en particulier à la lumière de l'évolution des caractéristiques des populations des maisons médicales."

La Commission estime annuellement les moyens financiers nécessaires à l'exécution de cet arrêté, en tenant compte, en particulier, de l'évolution du nombre de bénéficiaires inscrits dans une maison médicale et de leurs caractéristiques. La Commission transmet son estimation annuelle au Comité de l'assurance et au Conseil général de l'assurance soins de santé visé à l'article 15 de la loi coordonnée.

La Commission prend des mesures adéquates et précises si les ressources financières fixées par le Conseil général pour les maisons médicales sont dépassées, en tenant compte de la spécificité de la formation des honoraires découlant de l'application de cet arrêté et, le cas échéant, sur la base des informations provenant de l'enregistrement visé à l'article 14. "

Art. 9. L'article 11 du même arrêté est remplacé par la disposition suivante:

"Lors de l'application de l'article 6, la Commission peut tenir compte du fait que les bénéficiaires ou une partie des bénéficiaires inscrits auprès d'une maison médicale étaient inscrits auparavant auprès d'une autre maison médicale : le cas échéant cette information est communiquée au Comité de l'assurance."

Art. 10. Dans le même arrêté, il est inséré un article 11/1 rédigé comme suit :

" Les dispensateurs de soins de la maison médicale répondent aux conditions d'accréditation visées à l'article 2, au plus tard une année après avoir rejoint le groupe des dispensateurs de soins de la maison médicale. "

Art. 11. Dans l'article 12 du même arrêté, un alinéa est ajouté, libellé comme suit :

« L'indexation visée à l'alinéa précédent n'est pas appliquée au montant forfaitaire concernant le groupe de prestations visé à l'article 4, 1°, si la maison médicale n'applique pas l'article 6, § 6."

In voorkomend geval wordt het deel van de indexmassa dat voortvloeit uit de toepassing van de vorige alinea verdeeld over de forfaitaire bedragen betreffende de groep van verstrekkingen bedoeld in artikel 4,1°, van de andere medische huizen. "

Art. 12. Artikel 13,§ 3, van hetzelfde besluit wordt vervangen door de volgende bepaling :

"Art. 13,§ 3.

De akkoorden voor de forfaitaire betaling van de verstrekkingen worden gesloten met een zorgverlener of een groep van zorgverleners die samenwerken in het kader van een rechtspersoon en voor een initiële periode van drie jaar.

Ten laatste op 15 juni van ieder jaar maakt het medisch huis een activiteitenverslag en een financieel verslag met betrekking tot het voorgaande jaar over aan de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering en aan de Commissie. Het activiteitenverslag bevat alle gegevens die toelaten na te gaan of de zorgverleners van het medisch huis voldoen aan de accrediteringsvoorwaarden zoals bedoeld in artikel 2.

Het Verzekeringscomité bepaalt via verordening bedoeld in artikel 22, 11°, van de wet, de inhoud en het model van :

- het activiteitenverslag, in overeenstemming met de gegevensregistratie bedoeld in artikel 14;

- het financieel verslag, in het bijzonder met het oog op de controle van de specificiteit van de besteding van de financiële middelen die voortvloeien uit de betaling van de forfaitaire bedragen.

Indien uit de verslagen van de eerste twee jaren blijkt dat het medisch huis de bepalingen van dit besluit of van het akkoord niet naleeft, kunnen de verzekeringsinstellingen met een opzegtermijn van minstens zes maanden het akkoord opzeggen.

Indien ten laatste zes maanden voor het einde van het derde jaar geen toepassing wordt gemaakt van de bepalingen van de vijfde alinea, wordt de initiële periode van drie jaar bedoeld in de eerste alinea verlengd met een periode van drie jaar. "

Art. 13. § 1. Dit besluit treedt in werking op 1 januari 2021.

§ 2. Voor de medische huizen die op het moment van het inwerkingtreden van dit besluit reeds een akkoord voor de forfaitaire betaling van de verstrekkingen hebben gesloten :

1° is de bepaling opgenomen in artikel 12 van toepassing vanaf de eerste dag van de zevende maand na het inwerkingtreden van dit besluit;

2° start de initiële periode van drie jaar bedoeld in de bepaling opgenomen in artikel 12 op de dag van het inwerkingtreden van dit besluit;

3° geldt de voorwaarde van de rechtspersoonlijkheid bedoeld in artikel 12 vanaf de eerste dag van de zevende maand na het inwerkingtreden van dit besluit. "

Art. 14. In hetzelfde besluit wordt de bijlage vervangen door de bijlage gevoegd bij dit besluit.

Art. 15. De minister bevoegd voor Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 11 september 2020.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
M. DE BLOCK

Le cas échéant, la partie de la masse d'indexation résultant de l'application de l'alinéa précédent est répartie entre les montants forfaitaires relatifs au groupe de prestations visé à l'article 4, 1° des autres maisons médicales. »

Art. 12. L'article 13, § 3, du même arrêté est remplacé par la disposition suivante :

« Art. 13,§ 3.

Les accords de paiement forfaitaire des prestations sont conclus avec un dispensateur de soins ou un groupe de dispensateurs collaborant dans le cadre d'une personne morale, pour une période initiale de trois ans.

La maison médicale transmet au plus tard le 15 juin de chaque année un rapport d'activités et un rapport financier relatif à l'année précédente au Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité et à la Commission. Le rapport d'activité contient toutes les données qui permettent de vérifier si les prestataires de soins de la maison médicale répondent aux conditions d'accréditation visées à l'article 2.

Le Comité de l'assurance par règlement visé à l'article 22, 11°, de la loi, définit le contenu et le modèle :

- du rapport d'activités, conformément à l'enregistrement de données visé à l'article 14 ;

- du rapport financier, en particulier en vue du contrôle de la spécificité de l'utilisation des ressources financières issues du paiement des montants forfaitaires.

S'il ressort des rapports des deux premières années que la maison médicale ne respecte pas les dispositions de cet arrêté ou de l'accord, les organismes assureurs peuvent dénoncer l'accord avec un préavis de six mois.

Si les dispositions du cinquième alinéa ne sont pas appliquées au plus tard six mois avant la fin de la troisième année, la période initiale de trois ans visée au premier alinéa est prolongée de trois ans. "

Art. 13. § 1^{er}. Cet arrêté entre en vigueur le 1^{er} janvier 2021.

§ 2. Pour les maisons médicales qui ont déjà conclu un accord sur le paiement forfaitaire des prestations au moment de l'entrée en vigueur du présent arrêté :

1° la disposition de l'article 12 s'applique à partir du premier jour du septième mois suivant l'entrée en vigueur du présent arrêté ;

2° la période initiale des trois ans visée dans la disposition reprise à l'article 12 débute le jour de l'entrée en vigueur du présent arrêté ;

3° la condition de la personnalité juridique visée à l'article 12 s'applique à compter du premier jour du septième mois suivant l'entrée en vigueur du présent arrêté. "

Art. 14. Dans le même arrêté, l'annexe est remplacée par l'annexe jointe au présent arrêté.

Art. 15. Le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 11 septembre 2020.

PHILIPPE

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
M. DE BLOCK

Bijlage bij het koninklijk besluit van 11 september 2020 tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 april 2013 tot uitvoering van artikel 52, §1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat betreft de medische huizen.

$$F_{z,d}^a = \frac{X_d}{N_d} + \frac{\left\{ \sum_{i=1}^{i=v} \beta_{i,d}^{z-2} (A_i - \bar{M}_{i,d}) \right\}}{12}$$

d = groepen van verstrekingen bedoeld in Art. 4, of discipline;
 $F_{z,d}^a$ = Forfait voor het medische huis a , voor jaar z en voor discipline d ;
 X_d = som van alle forfaits van de populatie in alle medische huizen die discipline d aanbieden;
 N_d = aantal rechthebbenden in alle medische huizen die discipline d aanbieden ;
 v = aantal variabelen in het model
 $\beta_{i,d}^{z-2}$ = waarde van elke variabele i berekend door het RIZIV op basis van de uitgaven in jaar $z-2$ (op basis van regressie-analyse in de permanente steekproef zonder oververteenwoordiging van de individuen ouder dan 65 jaar, na weging door de factor "gemiddelde uitgave per act voor de discipline d / gemiddelde uitgave via regressie" – de berekening van die waarde gebeurt op basis van de uitgaven voor de desbetreffende groep van verstrekingen d)
 A_i = (aantal rechthebbenden in het jaar $z-1$ behorend tot de populatie van HET medisch huis a , op wie de variabele betrekking heeft)/(totaal aantal patiënten van HET medisch huis a);
 $\bar{M}_{i,d}$ = (aantal rechthebbenden behorend tot de populatie van DE medische huizen die in het jaar $z-1$ discipline d aanbieden, op wie de variabele i betrekking heeft)/(totale populatie van DE medische huizen die in het jaar $z-1$ discipline d aanbieden).

Het totale forfait wordt berekend als de som van de forfaits die per discipline berekend worden.

$$F_z^a = \sum_d F_{z,d}^a$$

Gezien om gevoegd te worden bij Ons besluit van 11 september 2020 tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 april 2013 tot uitvoering van artikel 52, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat betreft de medische huizen.

VAN KONINGSWEGE,

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

M. DE BLOCK

Annexe à l'arrêté royal du 11 septembre 2020 modifiant l'arrêté royal du 23 avril 2013 portant exécution de l'article 52, §1er de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif aux maisons médicales.

$$F_{z,d}^a = \frac{X_d}{N_d} + \frac{\left\{ \sum_{i=1}^{i=v} \beta_{i,d}^{z-2} (A_i - \bar{M}_{i,d}) \right\}}{12}$$

d = groupe de prestations visés à l'Art. 4, ou discipline ;
 $F_{z,d}^a$ = forfait pour la maison médicale a , pour l'année z et pour la discipline d ;
 X_d = somme des forfaits de la population dans les maisons médicales, pour toutes les maisons qui proposent la discipline d ;
 N_d = nombre de bénéficiaires dans toutes les maisons médicales qui proposent la discipline d ;
 v = nombre de variables dans le modèle ;
 $\beta_{i,d}^{z-2}$ = la valeur de chaque variable i calculée par l'INAMI sur base des dépenses de l'année $z-2$ (sur base de l'analyse par régression dans l'échantillon permanent sans surreprésentation des plus de 65 ans, après pondération par le facteur dépense moyenne à l'acte pour la discipline d / dépense moyenne de la régression – le calcul de cette valeur prend en compte les dépenses du groupe de prestations d correspondant) ;
 A_i = (nombre de bénéficiaires de la population dans l'année $z-1$ dans LA maison a qui sont concernés par la variable i)/(nombre total de patients de la maison médicale a) ;
 $\bar{M}_{i,d}$ = (nombre de bénéficiaires de la population DES maisons médicales qui proposent la discipline d à l'année $z-1$, et qui sont concernés par la variable i)/(population totale DES maisons médicales qui proposent la discipline d en l'année $z-1$).

Le forfait total est la somme des forfaits calculés pour chaque discipline.

$$F_z^a = \sum_d F_{z,d}^a$$

Vu pur être annexé à Notre arrêté du 11 septembre 2020 modifiant l'arrêté royal du 23 avril 2013 portant exécution de l'article 52, § 1er, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif aux maisons médicales.

PAR LE ROI,

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

M. DE BLOCK