

5. Le Groupe de direction a pour mission de transmettre à la Commission nationale dento-mutualiste, avant le 1^{er} octobre 1999, des propositions relatives à :

- l'instauration d'un seuil d'activité comme condition à l'accréditation;
- l'agrément individuel des activités de formation continue par la voie d'un modèle de scores transparent et pondéré.

6. Seuls les praticiens de l'art dentaire qui sont inscrits auprès de l'INAMI le 1^{er} janvier d'une année civile, peuvent être accrédités pour cette année civile.

7. Le praticien de l'art dentaire reçoit un forfait annuel à titre d'honoraires d'accréditation.

5. De Stuurgroep heeft de opdracht om vóór 1 oktober 1999, aan de Nationale commissie tandheelkundigen-ziekenfondsen voorstellen over te maken betreffende :

- de invoering van een drempelactiviteit als voorwaarde voor de accreditering;
- individuele erkenning van de nascholingsactiviteiten via een transparant en gewogen scoringsmodel.

6. Alleen de tandheelkundigen die op 1 januari van een kalenderjaar ingeschreven zijn bij het RIZIV kunnen voor dat kalenderjaar geaccrediteerd worden.

7. De geaccrediteerde tandheelkundige ontvangt een vast bedrag per jaar als accrediteringshonorarium.

[C - 98/22841]

Accord national médico-mutualiste du 15 décembre 1998

La Commission nationale médico-mutualiste (CNMM) réunie le 15 décembre 1998 sous la présidence de Monsieur G. PERL, a conclu l'accord suivant :

A. Accréditation.

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

Le Groupe de direction de l'accréditation soumettra à la Commission nationale médico-mutualiste, dans le courant de l'année 1999, une proposition d'évaluation du fonctionnement du système de l'accréditation.

La proposition d'évaluation portera entre autres sur le fonctionnement du Groupe de direction de l'accréditation lui-même et sur celui des Comités paritaires et sur les conditions de l'accréditation.

2. La CNMM, en conformité avec sa délibération du 24 avril 1996 (Cf. point II du procès-verbal 1996/3) décide, sur base de l'article 60, § 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, de modifier, avec effets au 1^{er} avril 1998, l'article 2, § 2, b) de l'arrêté royal du 24 septembre 1992 fixant des modalités relatives aux honoraires forfaitaires pour certaines prestations de biologie clinique dispensées à des bénéficiaires non hospitalisés ainsi qu'à la sous-traitance. Cette modification telle qu'elle est libellée ci-dessous ouvre l'accès pour les pharmaciens et licenciés en sciences agrées par le Ministre ayant la Santé publique dans ses attributions pour effectuer des prestations de biologie clinique ou de médecine nucléaire in vitro aux honoraires forfaitaires prévus dans l'arrêté royal susvisé pour les médecins accrédités pour autant que lesdits pharmaciens et licenciés en sciences bénéficient du régime de l'accréditation.

A l'article 2 de l'arrêté royal du 24 septembre 1992 fixant des modalités relatives aux honoraires forfaitaires pour certaines prestations de biologie clinique dispensées à des bénéficiaires non hospitalisés ainsi qu'à la sous-traitance de ces prestations, tel que modifié à ce jour, est apportée la modification suivante :

Au § 2, b), la phrase commençant par les mots « Honoraires forfaitaires » et se terminant par les mots « précité : » est remplacée par la disposition suivante :

« Honoraires forfaitaires pour les prestations de biologie clinique visées à l'article 1^{er}, réservés aux médecins spécialistes en biologie clinique ou en médecine nucléaire in vitro, aux pharmaciens et licenciés en sciences agrées par le Ministre ayant la Santé publique dans ses attributions pour effectuer des prestations de biologie clinique ou de médecine nucléaire in vitro ainsi qu'aux médecins visés à l'article 19, § 5^{quater} de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité, lorsque ces dispensateurs de soins sont accrédités au sens de l'article 1^{er}, § 10 de l'annexe à l'arrêté royal précité. ».

B. Honoraires et frais de déplacement.

I. Honoraires.

1. Les montants des honoraires tels qu'ils étaient fixés au 31 décembre 1998 sont indexés de façon linéaire de 1,84 %.

[C - 98/22841]

Nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen van 15 december 1998

De Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen (NCGZ), die op 15 december 1998 heeft vergaderd onder het voorzitterschap van de heer G. PERL, heeft het volgende akkoord gesloten :

A. Accreditering.

1. Dit akkoord verwijst voor dit punt naar het nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen van 17 februari 1997 (*Belgisch Staatsblad* van 27 maart 1997), dat dus blijft gelden.

De Accrediteringsstuurgroep zal de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen in 1999 een voorstel van evaluatie van de werking van het accrediteringssysteem voorleggen.

Het evaluatievoorstel zal onder meer betrekking hebben op de werking van de Accrediteringsstuurgroep zelf en op die van de Paritaire comités en op de voorwaarden van de accreditering.

2. In overeenstemming met haar beslissing van 24 april 1996 (cf. punt II van de notulen 1996/3) beslist de NCGZ op grond van artikel 60, § 3, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, artikel 2, § 2, b), van het koninklijk besluit van 24 september 1992 tot vaststelling van nadere regelen betreffende de forfaitaire honoraria voor sommige verstrekkingen inzake klinische biologie, verleend aan niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden, alsmede de onderaanneming van deze verstrekkingen, te wijzigen met uitwerking vanaf 1 april 1998. Die wijziging, die hierna is vermeld, verleent de apothekers en licentiaten in de wetenschappen die door de Minister tot wiens bevoegdheid de Volksgezondheid behoort, zijn erkend om verstrekkingen inzake klinische biologie of nucleaire geneeskunde in vitro te verrichten, toegang tot de forfaitaire honoraria die in het voornoemd koninklijk besluit voor de geaccrediteerde geneesheren zijn vastgesteld, voor zover die apothekers en licentiaten in de wetenschappen de accrediteringsregeling genieten.

In artikel 2 van het koninklijk besluit van 24 september 1992 tot vaststelling van nadere regelen betreffende de forfaitaire honoraria voor sommige verstrekkingen inzake klinische biologie, verleend aan niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden, alsmede de onderaanneming van deze verstrekkingen, zoals het thans is gewijzigd, wordt de volgende wijziging aangebracht :

In § 2, b), wordt de zin die begint met de woorden « Forfaitaire honoraria » en eindigt met de woorden « 14 september 1984 : » vervangen door de volgende bepaling :

« Forfaitaire honoraria voor de in artikel 1 bedoelde verstrekkingen inzake klinische biologie en die zijn voorbehouden voor de geneesheren, specialist voor klinische biologie of voor nucleaire geneeskunde in vitro, voor de apothekers en licentiaten in de wetenschappen die door de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, zijn erkend om verstrekkingen inzake klinische biologie of nucleaire geneeskunde in vitro te verrichten alsmede voor de geneesheren, bedoeld in artikel 19, § 5^{quater}, van de bijlage bij voornoemd koninklijk besluit van 14 september 1984, als die zorgverleners geaccrediteerd zijn als bedoeld in artikel 1, § 10, van de bijlage bij het voormeld koninklijk besluit. ».

B. Honoraria en reiskosten.

I. Honoraria.

1. De op 31 december 1998 vastgestelde honorariumbedragen worden lineair geïndexeerd met 1,84 %.

Toutefois :

a) les montants des honoraires pour les prestations d'imagerie médicale à l'exception des prestations de coronarographie (n^{os} de codes 453110 - 453121, 453132 - 453143, 458356 - 458360, n^{os} de pseudo-codes 453950 - 453961, 453972 - 453983, n^{os} de codes 464111 - 464122, 464133 - 464144, 468355 - 468366, n^{os} de pseudo-codes 464951 - 464962, 464973 - 464984) et des prestations visées aux articles 17bis et 34 de la nomenclature des prestations de santé seront majorés d'1 % supplémentaire à la date d'entrée en vigueur des honoraires forfaitaires visés au point F, I, 1.

b) la valeur de la lettre-clé D des honoraires pour la visite au domicile du malade, par le médecin porteur d'un certificat de formation complémentaire (n^{os} de codes 103132 et 103515), est majorée de 10,69 % supplémentaires.

c) la valeur de la lettre-clé K des honoraires pour les accouchements (n^{os} de codes 423010 - 423021, 424012 - 424023) est majorée de 11,54 % supplémentaires.

d) la valeur de la lettre-clé C des honoraires pour la surveillance par le pédiatre dans un service E, les cinq premiers jours (n^{os} de codes 598802 et 598220) est majorée de 27,79 % supplémentaires.

2. Les honoraires forfaitaires annuels pour les médecins accrédités restent fixés à 20 000 BEF.

3. Les honoraires pour l'année 2000 sont adaptés à l'évolution de la valeur de l'indice santé conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 8 décembre 1997 fixant les modalités d'application pour l'indexation des prestations dans le régime de l'assurance obligatoire soins de santé. La CNMM négocie avant le 1^{er} décembre 1999 l'affectation du produit de cette indexation.

II. Frais de déplacement.

1. Un groupe de travail recherchera une solution aux problèmes ayant retardé la mise en application des dispositions relatives aux frais de déplacement dans les régions rurales, telles qu'elles étaient prévues au point B II 1) de l'accord national médico-mutualiste du 11 décembre 1995; ces dispositions restent donc en vigueur.

2. Les honoraires du médecin spécialiste appelé en consultation au domicile du malade par le médecin traitant de ce dernier sont augmentés d'une indemnité fixée à 20,74 BEF par kilomètre parcouru à l'aller et au retour.

C. Nomenclature des prestations de santé.

La nomenclature des prestations de santé à laquelle il est fait référence dans cet accord est celle qui était en vigueur au 31 décembre 1998 y compris les modifications introduites par l'arrêté royal du 9 octobre 1998 (MB du 7.11.1998) entrant en vigueur le 1^{er} janvier 1999.

1. Cette nomenclature sera adaptée conformément aux propositions formulées par le Conseil technique médical (CTM) :

— en date du 2 décembre 1997, du 17 février 1998, du 24 mars 1998 et du 26 mai 1998 :

— en vue d'une modification de l'article 2, I, A, de la nomenclature des prestations de santé introduisant des numéros de codes et des libellés spécifiques pour les visites effectuées aux bénéficiaires résidant dans un établissement pouvant porter en compte à l'assurance une intervention forfaitaire telle que prévue dans les arrêtés ministériels du 19 mai 1992 concernant les maisons de repos pour personnes âgées et les maisons de repos et de soins.

— en vue d'une modification de l'article 2. (notamment le point II. B.) de la nomenclature susvisée visant à créer une prestation spécifique pour la visite du médecin de médecine générale agréé à son patient hospitalisé dans un service de soins palliatifs.

— en vue d'une modification de l'article 25 de la nomenclature susvisée concernant les honoraires de surveillance des bénéficiaires hospitalisés dans les services A, K et T.

— en vue d'une modification de l'article 24 (notamment biologie moléculaire).

— en vue de l'introduction dans l'article 17 de la nomenclature des tomographies réalisées au moyen de tomographes à résonance magnétique; toutefois, l'introduction de ces prestations dans la nomenclature est subordonnée à la prise de connaissance par la CNMM des critères projetés pour la reconnaissance des services d'imagerie médicale à cet effet et à la publication des arrêtés précisant ces critères.

Ces modifications de la nomenclature se situeront dans le cadre d'une enveloppe de 845 millions de BEF.

Nochtans :

a) zullen de honorariumbedragen voor de verstrekkingen inzake medische beeldvorming met uitzondering van de verstrekkingen inzake coronarografie (codenummers 453110 - 453121, 453132 - 453143, 458356 - 458360, pseudocodenummers 453950 - 453961, 453972 - 453983, codenummers 464111 - 464122, 464133 - 464144, 468355 - 468366, pseudocodenummers 464951 - 464962, 464973 - 464984) en van de verstrekkingen die zijn bedoeld in de artikelen 17bis en 34 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen bijkomend met 1 % worden verhoogd op de datum van inwerkingtreding van de onder punt F, I, 1. bedoelde forfaitaire honoraria.

b) wordt de waarde van de sleutelletter D van de honoraria voor het bezoek, bij de zieke thuis, door de geneesheer, houder van een getuigschrift van aanvullende opleiding (codenummers 103132 en 103515), bijkomend verhoogd met 10,69 %;

c) wordt de waarde van de sleutelletter K van de honoraria voor de verlossingen (codenummers 423010 - 423021, 424012 - 424023) bijkomend verhoogd met 11,54 %;

d) wordt de waarde van de sleutelletter C van de honoraria voor toezicht door de kinderarts in een dienst E, de eerste vijf dagen (codenummers 598802 en 598220) bijkomend verhoogd met 27,79 %.

2. Het jaarlijks forfaitair honorarium voor de geaccrediteerde artsen blijft vastgesteld op 20 000 BEF.

3. De honoraria voor het jaar 2000 worden aangepast aan de evolutie van de waarde van het gezondheidsindexcijfer, overeenkomstig de bepalingen van het koninklijk besluit van 8 december 1997 tot bepaling van de toepassingsmodaliteiten voor de indexering van de prestaties in de regeling van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging. De NCGZ onderhandelt vóór 1 december 1999 over de toewijzing van de opbrengst van die indexering.

II. Reiskosten.

1. Een werkgroep zal een oplossing zoeken voor de problemen die het in toepassing brengen van de onder punt B, II, 1), van het nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen van 11 december 1995 opgenomen bepalingen betreffende de reiskosten in de plattelandstrekken hebben vertraagd; die bepalingen blijven dus gelden.

2. Het honorarium van de geneesheer-specialist die bij de zieke thuis in consult wordt geroepen door de behandelend geneesheer van laatstgenoemde, wordt verhoogd met een vergoeding die is vastgesteld op 20,74 BEF per op de heen- en terugreis afgelegde kilometer.

C. Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

De nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen waarnaar in dit akkoord wordt verwezen, is die welke gold op 31 december 1998, inclusief de wijzigingen die zijn ingevoerd bij het koninklijk besluit van 9 oktober 1998 (BS van 7.11.1998) dat in werking treedt op 1 januari 1999.

1. Die nomenclatuur zal worden aangepast overeenkomstig de voorstellen die door de Technische geneeskundige raad (TGR) zijn geformuleerd :

— op 2 december 1997, 17 februari 1998, 24 maart 1998 en 26 mei 1998 :

— met het oog op een wijziging van artikel 2, I, A, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, waarbij specifieke codenummers en omschrijvingen worden ingevoerd voor de bezoeken bij de rechthebbenden die verblijven in een inrichting die de verzekering een forfaitaire tegemoetkoming mag aanrekenen zoals is bepaald in de ministeriële besluiten van 19 mei 1992 betreffende de rustoorden voor bejaarden en de rust- en verzorgingstehuizen;

— met het oog op een wijziging van artikel 2. (met name punt II. B.) van de voornoemde nomenclatuur met het oog op de invoering van een specifieke verstrekking voor het bezoek van de erkende algemeen geneeskundige bij zijn in een dienst voor palliatieve verzorging opgenomen patiënt;

— met het oog op een wijziging van artikel 25 van de voornoemde nomenclatuur betreffende de honoraria voor toezicht op de rechthebbenden die zijn opgenomen in de diensten A, K en T;

— met het oog op een wijziging van artikel 24 (met name moleculaire biologie);

— met het oog op de invoering, in artikel 17 van de nomenclatuur, van de tomografieën die met een kernspintomograaf worden verricht. De opening van die verstrekkingen in de nomenclatuur wordt echter afhankelijk gemaakt van de kennisneming door de NCGZ van de criteria die daartoe worden gepland voor de erkenning van de diensten voor medische beeldvorming en van de bekendmaking van de besluiten waarin die criteria zijn vastgesteld.

Die wijzigingen van de nomenclatuur zullen kaderen in een enveloppe van 845 miljoen BEF.

2. Une enveloppe de 512,8 millions de BEF est réservée aux propositions de modification de la nomenclature que la CNMM, décidera de transmettre au Comité de l'assurance après avoir examiné les propositions formulées en date du 2 décembre 1997, 17 février 1998, 24 mars 1998 et 26 mai 1998, par le CTM, tendant à modifier les articles 2 (visites de nuit en home et au domicile commun), 12 (anesthésie pour stomatologues), 13 (soins intensifs), 14 (chirurgie), 16 (aide opératoire), 18 (Pet Scan et tomoscintigraphie, biologie clinique par technique RIA), 20 (traitement de l'insuffisance rénale aiguë et convulsivothérapie) 24 (biologie clinique), 25 (honoraires de surveillance pour patients hospitalisés en service Sp de soins palliatifs, neuropsychiatres et neurologues) et 34 (prestations interventionnelles sous contrôle d'imagerie médicale).

Le CTM transmettra dans les plus brefs délais à la CNMM de nouvelles propositions de modification de la nomenclature en matière d'ophtalmologie, sur base des propositions du groupe de travail qui s'est réuni le 8 décembre 1998.

3. Une enveloppe de 160 millions de BEF est réservée aux propositions de modification de la nomenclature que la CNMM, décidera de transmettre au Comité de l'assurance après avoir examiné les propositions qui seront formulées pour le 31 janvier 1999 par le CTM, sur base des propositions du groupe de travail qui s'est réuni le 8 décembre 1998, en vue de revaloriser la nomenclature de dermatologie.

4. La nomenclature sera aussi adaptée suite aux propositions que le CTM a formulées ou formulera conformément aux dispositions prévues au point F. I, II, et III du présent accord intitulé « MAITRISE DE L'EVOLUTION DES DEPENSES » et pour concrétiser le point H. b. « DOSSIER MEDICAL GLOBAL ».

5. Aucune modification de l'arrêté royal établissant la nomenclature des prestations de santé, en dehors de celles qui résultent des propositions visées aux alinéas précédents et des mesures de correction visée sous le point E, 2 n'est opposable au médecin jusqu'à la fin de l'année au cours de laquelle il a accepté les termes de l'accord.

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

D. Régime du tiers payant.

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

2. Le groupe de travail créé au sein de la Commission nationale médico-mutualiste par l'accord du 3 novembre 1997 élaborera en 1999 une solution permettant un usage optimal du tiers payant, en stimulant la prise de conscience du coût des prestations de santé dans le chef des médecins, des organismes assureurs et des patients et en même temps en tenant compte des dispositions de l'arrêté royal du 10 octobre 1986 relatif au tiers payant et de la nature des prestations.

Il est convenu de poursuivre la discussion en vue d'arriver à un accord, à ce sujet, avant le 1^{er} avril 1999, de sorte que les modifications qui seront proposées à l'arrêté susvisé puissent entrer en vigueur le 1^{er} juillet 1999.

E. Mesures de correction.

1. L'objectif budgétaire partiel fixé par le Comité de l'assurance pour 1999 s'élève à 158.169,5 millions de BEF.

Ce montant est subdivisé en rubriques permettant une évaluation distincte :

2. Een envelop van 512,8 miljoen BEF is bestemd voor de voorstellen tot wijziging van de nomenclatuur, die de NCGZ, zal beslissen naar het Verzekeringscomité te sturen nadat ze de voorstellen heeft onderzocht die de TGR op 2 december 1997, 17 februari 1998, 24 maart 1998 en 26 mei 1998 heeft gedaan met het oog op een wijziging van de artikelen 2 (bezoeken 's nachts in een tehuis en in een gemeenschappelijk huis), 12 (anesthesie voor stomatologen), 13 (intensieve verzorging), 14 (heelkunde), 16 (operatieve hulp), 18 (Pet Scan en tomoscintigrafie, klinische biologie met RIA techniek), 20 (behandeling van acute nierinsufficiëntie en convulsivothérapie), 24 (klinische biologie), 25 (honorarium voor toezicht op een patiënt, opgenomen in een dienst Sp voor palliatieve verzorging, neuropsychiaters en neurologen) en 34 (interventionele verstrekkingen onder controle met medische beeldvorming).

De TGR zal de NCGZ zo vlug mogelijk nieuwe voorstellen tot wijziging van de nomenclatuur inzake oftalmologie bezorgen op grond van de voorstellen van de werkgroep die op 8 december 1998 heeft vergaderd.

3. Een envelop van 160 miljoen BEF is bestemd voor de voorstellen tot wijziging van de nomenclatuur die de NCGZ zal beslissen naar het Verzekeringscomité te sturen nadat ze de voorstellen heeft onderzocht die de TGR tegen 31 januari 1999 zal doen op grond van de voorstellen van de werkgroep die op 8 december 1998 heeft vergaderd, om de nomenclatuur inzake dermatologie te herwaarderen.

4. De nomenclatuur zal ook worden aangepast naar aanleiding van de voorstellen die de TGR heeft gedaan of zal doen overeenkomstig de bepalingen van punt F. I, II en III van dit akkoord, getiteld « BEHEERSING VAN DE EVOLUTIE VAN DE UITGAVEN », en om het punt H. b. « GLOBAAL MEDISCH DOSSIER » te concretiseren.

5. Geen enkele wijziging van het koninklijk besluit tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen buiten die welke voortvloeien uit de in de vorige alinea's bedoelde voorstellen en uit de onder punt E, 2, bedoelde correctiemaatregelen, kan tegen de geneesheer worden aangevoerd tot het einde van het jaar waarin hij de bedingen van het akkoord heeft aanvaard.

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

D. Derdebetalingsregeling.

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

2. De werkgroep die bij de Nationale commissie geneesherenziekenfondsen is opgericht bij het akkoord van 3 november 1997, zal in 1999 een oplossing uitwerken die een optimaal gebruik van de derdebetalersregeling mogelijk maakt door de geneesheren, de verzekeringsinstellingen en de patiënten meer bewust te maken van de kosten van de geneeskundige verstrekkingen en terzelfdertijd rekening te houden met de bepalingen van het koninklijk besluit van 10 oktober 1986 betreffende de derdebetalersregeling en met de aard van de verstrekkingen.

Er wordt overeengekomen de besprekingen met het oog op een akkoord dienaangaande voort te zetten vóór 1 april 1999 zodat de wijzigingen in het voornoemde besluit die zullen worden voorgesteld, op 1 juli 1999 in werking kunnen treden.

E. Correctiemaatregelen.

1. De door het Verzekeringscomité goedgekeurde partiële begrotingsdoelstelling voor 1999 bedraagt 158.169,5 miljoen BEF.

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

Biologie clinique	28.825,1	Klinische biologie	28.825,1
Imagerie médicale	26.515,7	Medische beeldvorming	26.515,7
Consul. et visites	35.853,5	Raadpl. en bezoeken	35.853,5
Prestations spéciales	31.518,0	Speciale verstrekkingen	31.518,0
Chirurgie	24.878,2	Heelkunde	24.878,2
Gynécologie	2.158,6	Gynaecologie	2.158,6
Surveillance	7.122,9	Toezicht	7.122,9
Forfait accréditation	480,0	Forfait accreditering	480,0
Dossier médical	634,0	Medisch dossier	634,0
Montant non ventilé	183,5	Niet uitgesplitst bedrag	183,5
TOTAL	158.169,5	TOTAAL	158.169,5

2. Si, sur base des dépenses du 1^{er} semestre 1999, l'objectif budgétaire partiel ou l'objectif par rubrique de 1999 est dépassé ou risque d'être dépassé de respectivement plus de 3 et 5 % ou, si sur base des données des 4 trimestres de 1999, l'objectif budgétaire partiel ou l'objectif budgétaire par rubrique sont dépassés respectivement de 1,5 % et de 2,5 %, une ou plusieurs des mesures de correction de la liste non limitative qui suit devront s'appliquer à partir du 1^{er} janvier 2000 ou du 1^{er} juillet 2000, en fonction de l'analyse des dépenses constatées et exclusivement sur proposition de la Commission nationale médico-mutualiste :

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

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

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

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

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

La CNMM s'engage à concrétiser durant le 1^{er} semestre de 1999 les mesures de correction susvisées.

3. Au cas où les mesures précitées seraient insuffisantes, il est prévu une réduction automatique et applicable immédiatement des honoraires et des tarifs de remboursement pour les prestations des rubriques qui sont à l'origine du dépassement ou du risque de dépassement significatif de l'objectif budgétaire annuel partiel; cette réduction est proportionnelle au montant du dépassement ou du risque de dépassement.

4. Si les dépenses du premier semestre 1999 indiquent un boni de plus de 5 % par rapport à l'objectif budgétaire partiel ou l'objectif par rubrique les moyens financiers ainsi dégagés seront affectés au secteur médical sur proposition de la Commission nationale médico-mutualiste faite au Conseil général.

Cette clause s'applique dans le respect des dispositions visées à l'article 51, § 6, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

F. Maîtrise de l'évolution des dépenses.

I. Maîtrise du budget de l'imagerie médicale.

1. La nomenclature des prestations de santé sera adaptée conformément aux propositions formulées le 26 mai 1998 par le CTM en matière d'imagerie médicale. Ces propositions comportent une augmentation de la quote-part totale des honoraires forfaitaires pour l'imagerie médicale ambulatoire et en milieu hospitalier, de sorte que cette quote-part représente environ 30 % de la masse totale de ces honoraires, et prévoient de nouveaux honoraires forfaitaires par prescription et par admission, respectivement au niveau ambulatoire et pour l'hospitalisation, à l'exception des prestations d'échographie et des coronarographies.

2. La CNMM demande au CTM de formuler au plus tard le 1^{er} janvier 1999 une proposition de modification des dispositions de la nomenclature des prestations de santé relatives à l'imagerie médicale en vue de scinder les prestations d'échographie visées à l'article 17bis de la nomenclature selon qu'elles sont effectuées par un médecin spécialiste en radiodiagnostic ou par un autre médecin spécialiste, et ce, afin de faciliter le suivi des dépenses afférentes aux échographies.

3. La CNMM demande au CTM de formuler, en ce qui concerne les prestations interventionnelles percutanées sous contrôle d'imagerie médicale mentionnées à l'article 34 de la nomenclature, des propositions visant à résoudre le problème de l'autoprescription et du contrôle déficient des indications en mettant l'accent sur le fonctionnement de l'équipe médicale et en stimulant la co-responsabilité de la détermination des indications. Ces propositions seront formulées avant le 1^{er} janvier 1999.

4. La CNMM charge le CTM de préparer une simplification des dispositions de la nomenclature relatives à l'imagerie médicale, notamment via le procédé de regroupement de prestations similaires sous un seul numéro de code nomenclature.

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

2. Indien de partiële begrotingsdoelstelling of de begrotingsdoelstelling per rubriek van 1999 op grond van de uitgaven van het 1e semester 1999 wordt overschreden of dreigt te worden overschreden met respectievelijk meer dan 3 en 5 % of indien de partiële begrotingsdoelstelling of de begrotingsdoelstelling per rubriek op grond van de gegevens van de 4 kwartalen van 1999 respectievelijk met 1,5 % en 2,5 % wordt overschreden, moeten een of meer correctiemaatregelen van de hierna vermelde niet-limitatieve lijst worden toegepast vanaf 1 januari 2000 of 1 juli 2000, rekening houdende met de analyse van de vastgestelde uitgaven en uitsluitend op voorstel van de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen :

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

— De voorschrijver meer bewust maken met het oog op een doelgericht voorschrijfgedrag;

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

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

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

De NCGZ verbindt zich ertoe de voormelde correctiemaatregelen te concretiseren tijdens het 1e semester van 1999.

3. Voor het geval dat de voornoemde maatregelen onvoldoende zouden zijn, wordt voorzien in een automatische, onmiddellijk toepasbare vermindering van de honoraria en vergoedingstarieven voor de verstrekkingen van de rubrieken die aan de oorsprong liggen van de overschrijding of van het risico op beduidende overschrijding van de partiële jaarlijkse begrotingsdoelstelling; die vermindering is proportioneel met het bedrag van de overschrijding of van het risico op overschrijding.

4. Indien de uitgaven van het eerste semester 1999 wijzen op een boni van meer dan 5 % ten opzichte van de partiële begrotingsdoelstelling of van de doelstelling per rubriek, zullen de zo vrijgemaakte financiële middelen aan de geneeskundige sector worden toegewezen op voorstel van de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen aan de Algemene Raad.

Die clausule wordt toegepast met inachtneming van de bepalingen van artikel 51, § 6, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

F. Beheersing van de evolutie van de uitgaven.

I. Beheersing van de begroting van de medische beeldvorming.

1. De nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen zal worden aangepast overeenkomstig de voorstellen die de TGR op 26 mei 1998 heeft geformuleerd inzake de medische beeldvorming. Die voorstellen omvatten een verhoging van het totale aandeel van de forfaitaire honoraria voor medische beeldvorming, ambulante en in de ziekenhuizen, zodat dat aandeel ongeveer 30 % van de totale massa van die honoraria uitmaakt en voorzien in nieuwe forfaitaire honoraria per voorschrift en per opname respectievelijk op ambulante gebied en voor de ziekenhuisverpleging, uitgezonderd voor de echografieverstrekkingen en de coronarografieën.

2. De NCGZ vraagt de TGR uiterlijk op 1 januari 1999 een voorstel te doen tot wijziging van de bepalingen van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen betreffende de medische beeldvorming met het oog op de splitsing van de in artikel 17bis van de nomenclatuur bedoelde echografieverstrekkingen naargelang ze worden uitgevoerd door een geneesheer, specialist voor röntgendiagnose, of door een andere geneesheer-specialist om de follow-up van de uitgaven voor echografieën te vergemakkelijken.

3. De NCGZ vraagt de TGR, wat de in artikel 34 van de nomenclatuur bedoelde percutane interventionele verstrekkingen onder medische beeldvormingscontrole betreft, voorstellen te doen om het probleem van de autoprescriptie en de gebrekkige controle van de indicaties op te lossen door de nadruk te leggen op de werking van het medisch team en door de medeverantwoordelijkheid voor het vaststellen van de indicaties te stimuleren. Die voorstellen moeten vóór 1 januari 1999 worden geformuleerd.

4. De NCGZ gelast de TGR een vereenvoudiging van de bepalingen van de nomenclatuur betreffende de medische beeldvorming voor te bereiden, met name via het procédé van het hergroeperen van soortgelijke verstrekkingen onder één nomenclatuurnummer.

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

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

7. La CNMM propose au Conseil général de fixer le montant du budget global des moyens financiers pour l'imagerie médicale pour 1999 à 26.515,7 millions de BEF. La CNMM sera consultée sur la répartition de ce montant selon que les prestations d'imagerie médicale sont dispensées à des bénéficiaires hospitalisés ou non hospitalisés.

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

II. Maîtrise du budget de la biologie clinique.

1. Secteur ambulatoire.

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

b) La CNMM rappellera au Ministre les propositions qu'elle a formulées en 1993 concernant le budget normalisé par laboratoire tel qu'il est prévu à l'article 62 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 précitée.

La mise en œuvre de cette disposition aura pour effet qu'en cas de dépassement du budget des moyens financiers pour les prestations de biologie clinique dispensées à des bénéficiaires non hospitalisés, les ristournes à charge des laboratoires seront calculées en tenant compte des dépenses réelles par laboratoire et de ce budget normalisé.

2. Secteur hospitalier

a) En ce qui concerne les honoraires forfaitaires pour prestation d'urgence en faveur des patients hospitalisés, payables par journée d'hospitalisation (prestation figurant dans la nomenclature des prestations de santé sous le n° de code 591780), la CNMM décide que 20 % de la masse d'honoraires distribuée pour lesdits honoraires d'urgence seront transférés, à partir du 1^{er} janvier 1999, vers la masse d'honoraires distribuée pour les honoraires forfaitaires par journée d'hospitalisation visés à l'article 57 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 précitée.

b) En ce qui concerne les honoraires forfaitaires d'urgence visés sous a), la nomenclature sera adaptée, à partir du 1^{er} janvier 1999, conformément aux propositions formulées par le CTM le 2 décembre 1997 et qui apportent une modification à l'article 24, § 2 de la nomenclature des prestations de santé tel qu'il a été modifié par l'arrêté royal du 31 août 1998.

Cette adaptation aura pour effet que la part théorique de chaque hôpital dont il est question au point (2) des dispositions réglant l'attribution des honoraires d'urgence (article 11, 2°, de l'arrêté royal) sera plafonnée à 30 % (au lieu de 45 %) du montant représentatif de l'activité en biologie clinique de chaque hôpital.

3. La CNMM demandera au Conseil technique médical dans les deux mois suivant l'entrée en vigueur de la modification de l'article 53, premier alinéa, de la loi coordonnée, de formuler une proposition de règlement permettant de reprendre sur les attestations de soins donnés, les prestations de biologie clinique effectuées, sous les numéros de classe sous lesquels elles sont groupées dans la nomenclature des prestations de santé.

4. Budget global

La CNMM propose au Conseil général de fixer le montant du budget global des moyens financiers pour la biologie clinique pour 1999 à 28.825,1 millions de BEF. La CNMM sera consultée sur la répartition de ce montant selon que les prestations de biologie clinique sont dispensées à des bénéficiaires hospitalisés ou non hospitalisés.

III. Maîtrise du budget de l'anatomopathologie.

La nomenclature des prestations de santé sera adaptée conformément aux propositions formulées par le CTM le 26 mai 1998 concernant l'article 32 de la nomenclature.

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

7. De NCGZ stelt de Algemene Raad voor het bedrag van de globale begroting van de financiële middelen voor de medische beeldvorming voor 1999 vast te stellen op 26.515,7 miljoen BEF. De NCGZ zal geraadpleegd worden over de verdeling van dit bedrag alnaargelang de verstrekkingen voor medische beeldvorming werden verleend aan opgenomen of niet opgenomen patiënten.

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

II. Beheersing van de begroting inzake klinische biologie.

1. Ambulante sector.

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

b) De NCGZ zal de Minister herinneren aan de voorstellen die ze in 1993 heeft gedaan in verband met de genormaliseerde begroting per laboratorium, zoals is bepaald in artikel 62 van de voornoemde gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

De uitvoering van die bepaling moet tot gevolg hebben dat, in geval van overschrijding van de begroting van de financiële middelen voor de verstrekkingen inzake klinische biologie die voor niet opgenomen rechthebbenden worden uitgevoerd, de *ristorno's* ten laste van de laboratoria worden berekend, rekening houdende met de werkelijke uitgaven per laboratorium en met die genormaliseerde begroting.

2. Ziekenhuissector.

a) Aangaande het forfaitair honorarium voor een dringende verstrekking voor in een ziekenhuis opgenomen patiënten, dat per verpleegdag mag worden betaald (welke verstrekking in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen is opgenomen onder het codenummer 591780), beslist de NCGZ dat 20 % van de honorariummassa die voor die honoraria voor dringende verstrekkingen wordt verdeeld, vanaf 1 januari 1999 wordt overgeheveld naar de honorariummassa die wordt verdeeld voor de in artikel 57 van de voornoemde gecoördineerde wet van 14 juli 1994 bedoelde forfaitaire honoraria per verpleegdag.

b) Met betrekking tot de onder a) bedoelde forfaitaire honoraria voor dringende verstrekkingen, zal de nomenclatuur vanaf 1 januari 1999 worden aangepast overeenkomstig de voorstellen die op 2 december 1997 door de TGR werden geformuleerd, waarmee een wijziging wordt aangebracht in artikel 24, § 2, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen zoals gewijzigd door het koninklijk besluit van 31 augustus 1998.

Dit zal tot gevolg hebben dat het theoretisch aandeel van elk ziekenhuis, dat is bedoeld onder punt (2) van de bepalingen die de toekenning van de honoraria voor dringende verstrekkingen regelen (artikel 11, 2°, van het koninklijk besluit), zal worden begrensd tot 30 % (in plaats van 45 %) van het bedrag dat representatief is voor de activiteit inzake klinische biologie van elk ziekenhuis.

3. De NCGZ zal binnen de twee maanden na het van kracht worden van de wijziging van artikel 53, eerste lid, van de gecoördineerde wet aan de Technische geneeskundige raad vragen een voorstel te formuleren voor een verordening, waardoor de uitgevoerde verstrekkingen inzake klinische biologie op de getuigschriften voor verstrekte hulp kunnen worden vermeld onder de klassenummers waaronder ze in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen zijn gegroepeerd.

4. Globale begroting.

De NCGZ stelt de Algemene Raad voor het bedrag van de globale begroting van de financiële middelen voor klinische biologie voor 1999 vast te stellen op 28.825,1 miljoen BEF. De NCGZ zal geraadpleegd worden over de verdeling van dit bedrag alnaargelang de verstrekkingen voor klinische biologie werden verleend aan opgenomen of niet opgenomen patiënten.

III. Beheersing van de begroting inzake pathologische anatomie.

De nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen zal worden aangepast overeenkomstig de voorstellen die de TGR inzake artikel 32 van de nomenclatuur heeft geformuleerd op 26 mei 1998.

IV. Evaluation et suivi des profils médicaux.

1. Profils médicaux dans le secteur hospitalier

Le groupe de travail d'évaluation des profils de consommation d'actes médicaux et de médicaments par pathologie et des profils d'incidence des pathologies en milieu hospitalier, instauré auprès de la CNMM poursuivra ses travaux et examinera quelles sont les différences éventuelles de pratique pour les mêmes indications. Ces informations peuvent être transmises, par l'intermédiaire du Groupe de direction de l'accréditation, aux Groupes locaux d'évaluation médicale en vue d'une harmonisation et de l'établissement de recommandations.

2. Secteur des médicaments

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

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

V. Responsabilisation des médecins en ce qui concerne leur comportement prescripteur.

Mettant à profit les informations transmises par l'INAMI aux médecins et aux groupes locaux d'évaluation médicale (notamment les profils de prescription en matière de biologie clinique et de médicaments), le corps médical s'engage à déployer tous les moyens dont il dispose pour contribuer à la maîtrise des dépenses entre autres dans le secteur des médicaments et de la biologie clinique.

G. STATUT SOCIAL

La CNMM formule l'avis selon lequel :

1° le montant du statut social pour l'année 1999 devrait être fixé à 150 % du montant qui est obtenu en indexant le montant fixé pour 1996, conformément à l'évolution de l'indice-santé entre le 31 octobre 1996 et le 31 octobre 1998;

2° le montant du statut social pour l'année 2000 devrait être fixé à 150 % du montant qui est obtenu en indexant le montant fixé pour 1996, conformément à l'évolution de l'indice-santé entre le 31 octobre 1996 et le 31 octobre 1999.

H. Dossier médical global

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

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

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

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

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

I. En vue d'une extension progressive du système à l'ensemble de la population, en 1999 et avec effet à partir du 1^{er} avril de cette année-là :

1. Le système du dossier médical global sera ouvert aux assurés de 60 ans et plus.

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

a. une indemnité de base annuelle pour les médecins généralistes accrédités à titre d'intervention dans les dépenses administratives afférentes à la gestion d'un dossier médical global. Cette indemnité s'élève en 1999 à 5.000 BEF.

b. des honoraires en faveur du médecin généraliste accrédité pour la gestion d'un dossier médical global à la demande expresse et volontaire de l'assuré. Cette demande figure dans le dossier médical global sur la base des modalités approuvées par la CNMM. Ces honoraires peuvent être portés en compte une fois l'an lors d'une consultation. Ils s'élèvent en 1999 à 500 BEF.

IV. Evaluatie en follow-up van de medische profielen.

1. Medische profielen in de ziekenhuissector.

De bij de NCGZ opgerichte werkgroep voor de evaluatie van de verbruiksprofielen inzake medische handelingen en geneesmiddelen per pathologie en van de incidentieprofielen inzake pathologieën in de ziekenhuizen zal zijn werkzaamheden verderzetten en onderzoeken wat de eventuele praktijkverschillen zijn voor dezelfde indicaties. Deze informatie kan via de Accréditeringsstuurgroep doorgegeven worden aan de Lokale kwaliteitsgroepen met het oog op een harmonisatie en het opmaken van aanbevelingen.

2. Geneesmiddelensector.

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

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

V. Responsabilisering van de artsen wat hun voorschrijfgedrag betreft.

De geneesheren verbinden zich ertoe, met gebruikmaking van de informatie die het RIZIV aan de geneesheren en aan de lokale kwaliteitsgroepen verstrekt (met name de voorschriftenprofielen inzake klinische biologie en geneesmiddelen), alle middelen waarover ze beschikken aan te wenden, om bij te dragen tot de beheersing van de uitgaven onder andere in de sectoren geneesmiddelen en klinische biologie.

G. Sociaal statuut.

De NCGZ adviseert dat :

1° het bedrag van het sociaal statuut voor het jaar 1999 wordt vastgesteld op 150 % van het bedrag dat bekomen wordt door het bedrag dat werd vastgesteld voor 1996 te indexeren overeenkomstig de evolutie van de gezondheidsindex tussen 31 oktober 1996 en 31 oktober 1998;

2° het bedrag van het sociaal statuut voor het jaar 2000 wordt vastgesteld op 150 % van het bedrag dat bekomen wordt door het bedrag dat werd vastgesteld voor 1996 te indexeren overeenkomstig de evolutie van de gezondheidsindex tussen 31 oktober 1996 en 31 oktober 1999.

H. Globaal medisch dossier.

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

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

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

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

- een jaarlijkse basisvergoeding voor de geaccrediteerde huisartsen;
- een honorarium voor de geaccrediteerde huisarts voor het beheer van het globaal medisch dossier;
- een vermindering van het persoonlijk aandeel ten voordele van de patiënt.

I. Met het oog op een progressieve uitbreiding van het systeem naar de gehele bevolking toe wordt in 1999 en met uitwerking vanaf 1 april van dat jaar :

1. Het systeem van het globaal medisch dossier opengesteld voor de verzekerden van 60 jaar en ouder;

2. Als stimuli voor de geneesheer worden ingesteld :

a. een jaarlijkse basisvergoeding voor de geaccrediteerde huisartsen als tussenkomst in de administratieve uitgaven verbonden aan het beheer van een globaal medisch dossier. Deze vergoeding bedraagt in 1999 5.000 BEF.

b. een honorarium ten behoeve van de geaccrediteerde huisarts voor het beheer van een globaal medisch dossier op uitdrukkelijk en vrijwillig verzoek van de verzekerde. Dit verzoek bevindt zich in het globaal medisch dossier op basis van de modaliteiten goedgekeurd door de NCGZ. Dit honorarium is eenmaal per jaar aanrekenbaar ter gelegenheid van een raadpleging. Dit honorarium bedraagt in 1999 500 BEF.

3. il est proposé au Ministre des Affaires sociales de procéder au profit des assurés visés sous b., à une diminution de l'intervention personnelle de 30 % par rapport à l'intervention personnelle actuelle pour les consultations d'un médecin généraliste;

Pour l'application du présent point de l'accord, les médecins généralistes agréés seront assimilés en 1999 aux médecins généralistes accrédités.

II. Dans le courant de l'année 1999, les organismes assureurs pourront inviter leurs affiliés à choisir un médecin généraliste pour tenir leur dossier, conformément aux modalités définies par la CNMM. Les résultats de cette campagne de sensibilisation seront communiqués à la CNMM.

III. Un groupe de travail mixte permanent, dans lequel sont représentés les médecins généralistes et les médecins spécialistes, réalisera, en tenant compte des moyens budgétaires, des résultats des stimulants visés au point I et des résultats de la campagne de sensibilisation visée au point II, une évaluation du système instauré et formulera à la CNMM des propositions. Les propositions porteront sur l'adaptation du système, sur son extension à de nouvelles catégories de patients et sur la problématique des catégories de médecins de médecine générale concernés.

I. Durée de l'accord

I. Cet accord est conclu pour une période de deux ans et vient à échéance le 31 décembre 2000; il peut cependant être dénoncé, par lettre motivée recommandée à la poste, adressée au Président de la Commission nationale médico-mutualiste :

1. par une des parties :

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

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

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

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

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

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

2. par un médecin :

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

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

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

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

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

c) avant le 15 décembre 1999 pour l'année suivante.

En cas de dénonciation limitée de l'accord dans le courant de l'année 1999, la dénonciation est considérée comme concernant l'ensemble de l'accord à partir du 1^{er} janvier 2000.

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

II. En cas de publication d'un arrêté royal modifiant la nomenclature des prestations de santé sur proposition du Ministre des Affaires sociales sans l'accord du Conseil technique médical et de la Commission nationale médico-mutualiste, une des parties peut demander la réunion immédiate de la Commission précitée afin d'examiner l'éventualité d'une dénonciation de l'accord à la date d'application des mesures en cause. Si à l'issue de cette procédure, une des parties ou les deux décident de dénoncer l'accord, cette dénonciation doit se faire dans les 30 jours suivant la publication au *Moniteur belge* de l'arrêté royal susvisé.

3. aan de Minister van Sociale zaken wordt voorgesteld om een vermindering van het persoonlijk aandeel door te voeren ten belope van 30 % van het huidig persoonlijk aandeel voor de raadplegingen van een huisarts ten aanzien van de verzekerden bedoeld in b..

Voor de toepassing van dit punt van het akkoord worden in 1999 de erkende huisartsen gelijkgesteld met de geaccrediteerde huisartsen.

II. In de loop van 1999 kunnen de verzekeringsinstellingen hun leden uitnodigen een dossierhoudend huisarts te kiezen, volgens de modaliteiten bepaald door de NCGZ. De resultaten van deze sensibilisatiecampagne zullen worden meegedeeld aan de NCGZ.

III. Een permanente gemengde werkgroep, waarin huisartsen en geneesheren-specialisten vertegenwoordigd zijn, zal, rekening houdend met de budgettaire middelen, met de resultaten voortvloeiend uit de stimuli bedoeld in punt I. en met de resultaten van de sensibilisatiecampagne bedoeld in punt II., een evaluatie doorvoeren van het ingestelde systeem en zal voorstellen formuleren, aan de NCGZ. De voorstellen zullen betrekking hebben op de aanpassing van het systeem, op de uitbreiding ervan tot nieuwe categorieën van patiënten en op de problematiek van de categorieën van de betrokken algemeen geneeskundigen.

I. Duur van het akkoord.

I. Dit akkoord wordt gesloten voor een periode van twee jaar en verstrijkt op 31 december 2000, het mag evenwel met een ter post aangetekende gemotiveerde brief die is gericht aan de Voorzitter van de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen, worden opgezegd :

1. door één van de partijen :

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

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

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

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

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

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

2. door een geneesheer :

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

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

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

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

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

c) vóór 15 december 1999 voor het volgende jaar.

In geval van beperkte opzegging van het akkoord in de loop van het jaar 1999 wordt de opzegging geacht betrekking te hebben op het hele akkoord vanaf 1 januari 2000.

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

II. In geval van bekendmaking van een koninklijk besluit tot wijziging van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen op voorstel van de Minister van Sociale Zaken zonder de instemming van de Technische geneeskundige raad en van de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen, mag één van de partijen vragen dat de voornoemde Commissie onmiddellijk vergadert om de mogelijkheid van een opzegging van het akkoord op de toepassingsdatum van de bedoelde maatregelen te onderzoeken. Indien één van de partijen of beide partijen na afloop van die procedure beslissen het akkoord op te zeggen, moet die opzegging geschieden binnen 30 dagen na de bekendmaking van bovenbedoeld koninklijk besluit in het *Belgisch Staatsblad*.

Les dispositions visées aux deux derniers alinéas du point I.1 sont d'application.

III. Nonobstant la dénonciation de l'accord par une des parties, le point H restera d'application jusqu'au 31 décembre 2000. A défaut de propositions du groupe de travail, telles que visées au point H. III à la date du 1^{er} janvier 2000, les dispositions prévues pour l'année 1999 seront automatiquement reconduites pour l'année 2000.

J. Formalités.

Les formalités prévues au point I de l'accord national médico-mutualiste du 11 décembre 1995 sont d'application pour le présent accord.

K. Information du bénéficiaire-transparence.

Le groupe de travail instauré au sein de la Commission nationale médico-mutualiste pour examiner le problème de la protection du bénéficiaire via une information optimale de ce dernier sur ses droits issus de l'accord, et tout particulièrement sur les conditions de temps et de lieu dans lesquelles le médecin est engagé, et en ce qui concerne les exigences particulières des bénéficiaires, poursuivra ses travaux. Le groupe de travail rassemblera un maximum de données, notamment sur le taux des honoraires supplémentaires et examinera aussi les moyens à utiliser pour favoriser la transparence et les conséquences qui résulteraient éventuellement d'un manque de transparence en ce qui concerne les conditions susvisées.

Les propositions concernant le point H de l'accord du 20 juin 1988 approuvées par la CNMM à la date d'entrée en vigueur de l'arrêté royal portant exécution de l'article 50bis de la loi AMI sont considérées comme faisant partie intégrante du présent accord.

L. Autres dispositions.

1. Les dispositions de l'accord national médico-mutualiste du 20 juin 1988 non modifiées par le présent accord restent en vigueur.

2. Les honoraires qui résultent du présent accord sont en 1999 les honoraires maximum pour les prestations dispensées à des patients admis en salle commune ou en chambre à deux lits, ayant demandé à être admis en salle commune ou en chambre à deux lits ou admis en chambre particulière pour des raisons médicales.

M. Recommandations à l'autorité de tutelle.

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

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

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

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

N. Missions.

La CNMM charge le CTM de formuler en priorité, au cours de l'année 1999, des propositions concernant :

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

— une révision et une simplification de l'application de la nomenclature, notamment en ce qui concerne les articles 12 (anesthésie), 13 (réanimation), 25 (honoraires de surveillance) et 26 (urgences);

— les honoraires en matière de radiothérapie et de radiumthérapie en vue d'une rémunération correcte des actes à coût élevé et en matière de soins médicaux et chirurgicaux oncologiques;

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

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

— une rémunération adéquate des activités des gériatres, en particulier en ce qui concerne les honoraires de surveillance;

— une revalorisation des honoraires pour les prestations relatives aux accouchements, et pour les prestations de pédiatrie;

— une revalorisation financière de la médecine générale;

De bepalingen van de laatste twee alinea's van punt I.1. zijn van toepassing.

III. Niettegenstaande de opzegging van het akkoord door een van de partijen blijft het punt H van toepassing tot 31 december 2000. Als er op 1 januari 2000 geen voorstellen van de werkgroep zijn zoals is bedoeld onder punt H. III zullen de voor 1999 vastgestelde bepalingen automatisch worden verlengd voor het jaar 2000.

J. Formaliteiten.

De onder punt I van het Nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen van 11 december 1995 vastgestelde formaliteiten zijn voor dit akkoord van toepassing.

K. Informeren van de rechthebbende-doorzichtigheid.

De bij de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen ingestelde werkgroep, opgericht om het probleem te onderzoeken betreffende de bescherming van de rechthebbende via een optimale voorlichting van laatstgenoemde over zijn rechten die voortspruiten uit het akkoord, en in het bijzonder over de voorwaarden inzake tijd en plaats waaronder de arts verbonden is en in verband met de bijzondere eisen gesteld door de rechthebbenden, zal zijn werkzaamheden verder zetten. De werkgroep zal zoveel mogelijk gegevens bijeenbrengen, onder meer over de hoegroetheid van de bijkomende honoraria en zal ook de middelen om de doorzichtigheid in de hand te werken, onderzoeken, alsmede de eventuele gevolgen van een gebrek aan doorzichtigheid wat de voormelde voorwaarden betreft.

De voorstellen betreffende het punt H van het akkoord van 20 juni 1988 goedgekeurd door de NCGZ op de datum van inwerking-treding van het koninklijk besluit houdende uitvoering van artikel 50bis van de ZIV wet worden beschouwd als integraal deel uitmakend van onderhavig akkoord.

L. Andere bepalingen.

1. De bepalingen van het nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen van 20 juni 1988 die door dit akkoord niet worden gewijzigd, blijven gelden.

2. De honoraria die voortvloeien uit onderhavig akkoord vormen in 1999 de maximumhonoraria voor de verstrekkingen die worden verleend aan patiënten die in een twee- of meerpersoonskamer zijn opgenomen, die een twee- of meerpersoonskamer hebben aangevraagd of die om medische redenen in een eenpersoonskamer zijn opgenomen.

M. Aanbevelingen aan de voorgedijverheid.

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

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

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

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

N. Opdrachten.

De NCGZ geeft de opdracht aan de TGR om bij voorrang voorstellen te formuleren in de loop van het jaar 1999 aangaande :

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

— een herziening en vereenvoudiging van de toepassing van de nomenclatuur, in het bijzonder aangaande de artikelen 12 (anesthesie), 13 (reanimatie), 25 (toezichtshonoraria) en 26 (urgentie);

— de honoraria inzake radio- en radiumtherapie met het oog op een correcte vergoeding van de kostenintensieve verrichtingen en inzake de medische en chirurgische oncologische zorgverlening;

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

— de onderlinge afstemming van de prestaties inzake pluridisciplinaire revalidatie in de fysiotherapie en de prestaties opgenomen in de overeenkomsten inzake de locomotorische revalidatie.

— een adequate honorering van de activiteiten van de gériatres, in het bijzonder wat betreft de toezichtshonoraria;

— een herwaardering van de honoraria voor de verstrekkingen die verband houden met de verlossingen en voor de pediatische verstrekkingen;

— een financiële herwaardering van de huisartsgeneeskunde;

— une majoration, dans les limites de l'enveloppe budgétaire, des valeurs de la lettre clé C des honoraires des médecins spécialistes en neuropsychiatrie ou en psychiatrie, pour la surveillance d'un bénéficiaire hospitalisé dans un service A, K ou T.

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

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

Ces groupes de travail feront rapport à la CNMM et formuleront des propositions et des recommandations concrètes avant la fin de l'an 2000.

O. Disposition finale.

1. La Commission nationale médico-mutualiste prend acte avec plaisir de la décision des organisations représentatives du Corps médical de recommander aux médecins concernés le respect, à partir du 1^{er} janvier 1999, des honoraires prévus par l'accord avant même la mise en vigueur de ce dernier et de celle des mutualités de ne pas apporter de modifications à l'équilibre des suppléments d'honoraires avant l'entrée en vigueur de la modification de l'article 50bis de la loi coordonnée précitée pour les médecins non engagés.

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

— een verhoging, binnen de budgettaire enveloppe, van de waarden van de sleutelletter C van de honoraria van de geneesheren, specialisten voor neuropsychiatrie of voor psychiatrie, voor het toezicht op een in een dienst A, K of T opgenomen rechthebbende.

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

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

Genoemde werkgroepen brengen verslag uit aan de NCGZ en doen terzake voor einde 2000 concrete voorstellen en aanbevelingen.

O. Slotbepaling.

1. De Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen neemt met genoegen akte van de beslissing van de representatieve organisaties van de geneesheren om de betrokken geneesheren aan te bevelen de in het akkoord bedongen honoraria vanaf 1 januari 1999 in acht te nemen, nog vóór het akkoord in werking is getreden en van de ziekenfondsen om geen veranderingen aan te brengen in het evenwicht inzake de honorariumsupplementen voor de inwerkingtreding van de wijziging van artikel 50bis van de voornoemde gecoördineerde wet voor de niet geconventioneerde geneesheren.

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

[C - 98/23022]

Sociétés mutualistes Mutualités et unions nationales de mutualités Approbation de modifications statutaires

En application du nouvel article 11, § 1^{er}, alinéa 3, de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités entré en vigueur le 13 mars 1998, l'Office de contrôle a approuvé :

1° la modification de l'article 45 des statuts de la mutualité "Fédération M.R.B. - Fédération mutualiste d'Assurance Maladie, tous Risques en Belgique - Verbond M.R.B. - Verbond van Mutualiteiten, Ziekteverzekering, Alle Risico's in België" (107), établie à Bruxelles, ainsi que les modifications des taux des cotisations, décidées par l'assemblée générale le 15 septembre 1998;

2° les modifications des articles 2, 6, 9, 10, 12, 15, 18, 21, 22, 29, 30, 31, 41, 45 à 50 inclus, 57 et 58 des statuts de la mutualité "Mutualia - Mutualité neutre" (230), établie à Verviers, l'abrogation de l'article 11, ainsi que les modifications des taux des cotisations, décidées par l'assemblée générale le 29 octobre 1998;

3° les modifications des articles 41, 42A, 51, 52, 56, 61, 62 et 86 des statuts de la mutualité "Mutualité neutre Namur-Luxembourg" (232), établie à Namur, ainsi que les modifications des taux des cotisations, décidées par l'assemblée générale le 13 octobre 1998;

4° la modification de l'article 43, annexes 1 et 2, des statuts de la mutualité "Fédération de l'Union mutualiste verviétoise" (321), établie à Verviers, ainsi que les modifications des taux des cotisations, décidées par l'assemblée générale le 30 septembre 1998;

5° les dispositions statutaires du nouveau service "assurance traitements orthodontiques" organisé à partir du 1^{er} janvier 1999 par l'union nationale "Union nationale des Mutualités neutres - Landsbond van de Neutrale Ziekenfondsen" (UN2), établie à Bruxelles, décidées par l'assemblée générale le 30 septembre 1998.

Fusion de mutualités et approbation de statuts

En application du nouvel article 11, entré en vigueur le 13 mars 1998, et de l'article 44, de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités, l'Office de contrôle a approuvé la fusion, entrant en vigueur le 1^{er} janvier 1999, des mutualités "AZIMUT-Mutualité libre - AZIMUT-Onafhankelijk Ziekenfonds" (509) et "EUROMUT" (511), établies toutes deux à Bruxelles, ainsi que les nouveaux statuts de la mutualité "EUROMUT".

La fusion a été décidée par les assemblées générales respectives extraordinaires le 10 septembre 1998, par les conseils d'administration des 7 septembre et 5 octobre 1998 en ce qui concerne la mutualité 511 et par les conseils d'administration des 10 septembre et 22 octobre 1998 en ce qui concerne la mutualité 509.

[C - 98/23022]

Maatschappijen van onderlinge bijstand Ziekenfondsen en landsbonden van ziekenfondsen Goedkeuring van statutenwijzigingen

In toepassing van het nieuw artikel 11, § 1, lid 3, van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen in werking getreden op 13 maart 1998, heeft de Controledienst goedgekeurd :

1° de wijziging aan het artikel 45 van de statuten van het ziekenfonds "Verbond M.R.B. - Verbond van Mutualiteiten, Ziekteverzekering, Alle Risico's in België - Fédération M.R.B. - Fédération mutualiste d'Assurance Maladie, tous Risques en Belgique" (107), gevestigd te Brussel, alsook de wijzigingen van de bijdragen, beslist door de algemene vergadering van 15 september 1998;

2° de wijzigingen aan de artikelen 2, 6, 9, 10, 12, 15, 18, 21, 22, 29, 30, 31, 41, 45 tot en met 50, 57 en 58 van de statuten van het ziekenfonds "Mutualia - Mutualité neutre" (230), gevestigd te Verviers, de opheffing van het artikel 11, alsook de wijzigingen van de bijdragen, beslist door de algemene vergadering van 29 oktober 1998;

3° de wijzigingen aan de artikelen 41, 42A, 51, 52, 56, 61, 62 en 86 van de statuten van het ziekenfonds "Mutualité neutre Namur-Luxembourg" (232), gevestigd te Namur, alsook de wijzigingen van de bijdragen, beslist door de algemene vergadering van 13 oktober 1998;

4° de wijziging aan het artikel 43, bijlagen 1 en 2, van de statuten van het ziekenfonds "Fédération de l'Union mutualiste verviétoise" (321), gevestigd te Verviers, alsook de wijzigingen van de bijdragen, beslist door de algemene vergadering van 30 septembre 1998;

5° de statutaire bepalingen van de nieuwe dienst "verzekering orthodontische behandelingen" georganiseerd vanaf 1 januari 1999 door de landsbond "Landsbond van de Neutrale Ziekenfondsen - Union nationale des Mutualités neutres" (LB2), gevestigd te Brussel, beslist door de algemene vergadering van 30 september 1998.

Fusie van ziekenfondsen en goedkeuring van statuten

In toepassing van het nieuwe artikel 11, in werking getreden op 13 maart 1998, en artikel 44, van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, heeft de Controledienst de fusie goedgekeurd van de ziekenfondsen "AZIMUT-Onafhankelijk Ziekenfonds - AZIMUT-Mutualité libre" (509) en het ziekenfonds "EUROMUT" (511), beiden gevestigd te Brussel, evenals de nieuwe statuten van het ziekenfonds "EUROMUT".

Deze fusie werd beslist door de buitengewone algemene vergaderingen van 10 september 1998 en door de raden van bestuur van respectievelijk 7 september en 5 oktober 1998 voor wat het ziekenfonds 511 betreft en de raden van bestuur van respectievelijk 10 september en 22 oktober 1998 voor wat het ziekenfonds 509 betreft. Voormelde fusie treedt in werking op 1 januari 1999.