

FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2011/22463]

Nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen 2012 van 21 december 2011

Krachtens de artikelen 26, 50 en 51 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, heeft de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen (hierna NCGZ) onder het voorzitterschap van de heer Johan DE COCK op 21 december 2011 het navolgende akkoord gesloten voor het jaar 2012.

1. CONTEXT

De NCGZ stelt vast dat in het huidige financieel economische klimaat het van essentieel belang is om de tariefzekerheid van de patiënten te vrijwaren. Zij aanvaardt de aanpassingen van de honoraria en tarieven tot een strikt minimum te beperken en zodoende haar verantwoordelijkheid op te nemen bij de realisatie van de voorziene besparingen. Ze dringt ook aan op de noodzakelijke vereenvoudiging van het reglementair kader.

2. PARTIELE BEGROTINGSDOELSTELLING 2012

De NCGZ neemt kennis van het bedrag van de partiële begrotingsdoelstelling dat door de Regering werd beslist en op 12 december 2011 aan de Algemene Raad van het RIZIV werd meegedeeld. De partiële begrotingsdoelstelling werd voor 2012 vastgesteld op 7.303.139 duizend euro.

De partiële begrotingsdoelstelling 2012 vertoont op die wijze een stijging met 2,71 % ten opzichte van de doelstelling 2011 en van 3,76 % ten opzichte van de technische ramingen van het RIZIV van september 2011.

3. BESPARINGEN

3.1. De NCGZ neemt kennis van de beslissing van de regering om een akkoord af te sluiten dat afwijkt van de in het kader van de begroting voorgestelde maatregelen op voorwaarde dat de gevraagde besparingsinspanningen op het vlak van de honoraria voor 2012 (130 mio euro) en op jaarbasis (150 mio euro) gewaarborgd worden en dat de alternatieve besparingsmaatregelen de rechthebbenden niet raken.

3.2. Een bijzondere werkgroep onder het voorzitterschap van de voorzitter van de NCGZ werkt alternatieve structurele maatregelen uit en legt deze ter goedkeuring voor aan de NCGZ tegen uiterlijk 30 juni 2012. Vanaf die datum kunnen de in dit akkoord voorziene indexbeperkingen ten opzichte van 2,99 % worden opgeheven, in eerste instantie voor de verstrekkingen van artikel 2 en voor toezicht en voor zorgtrajecten, voor zover de structurele maatregelen in het *Belgisch Staatsblad* werden gepubliceerd. In ieder geval wordt voor de voornoemde verstrekkingen de indexbeperking opgeheven op 1 december 2012.

De voorziene indexbeperkingen kunnen eveneens worden opgeheven in zoverre de structurele maatregelen door de NCGZ werden genomen en wordt vastgesteld op basis van de technische ramingen van september 2012 dat de benodigde marge bestaat binnen de partiële begrotingsdoelstelling.

4. MAATREGELLEN

Binnen deze krijtlijnen stelt de NCGZ volgende maatregelen voor :

4.1. Maatregelen met betrekking tot de huisartsen

De honoraria voor de verstrekkingen opgenomen in artikel 2 van de nomenclatuur alsmede de honoraria voor de zorgtrajecten worden vanaf 1 januari 2012 verhoogd met 1,50 % voor de huisartsen.

De technische verstrekkingen voor huisartsen worden geïndexeerd met 1 %.

De maatregel permanentie en beschikbaarheid wordt verlengd voor de duurtijd van het akkoord en de honoraria blijven op het niveau van 31 december 2011.

Het bedrag van de praktijktoelage wordt voor 2012 vastgesteld op 1.650 euro, met behoud van de voorwaarden en de procedure voorzien in het Nationaal Akkoord geneesheren-ziekenfondsen van 13 december 2010.

De bedragen voor de beschikbaarheidshonoraria worden voor 2012 met 2,99 % opgetrokken. Het bedrag voor het forfait telematica wordt gehandhaafd op het niveau van 31 december 2011

De NCGZ neemt kennis van de beslissing van de Minister om het dossier Impulso III onmiddellijk uit te voeren. De weerslag hiervan bedraagt 10,4 miljoen euro en werd in de partiële begrotingsdoelstelling voorzien.

De regeling voor de verlenging van het beheer van het globaal medisch dossier (GMD) blijft in 2012 ongewijzigd. De administratieve vereenvoudiging van de verlenging van het GMD-beheer zal worden uitgewerkt in het kader van het project MyCarenet, met het oog op een geleidelijke invoering ervan in de loop van 2013. De daartoe ingestelde werkgroep zal in de loop van 2012 pistes voorstellen.

4.2. Maatregelen met betrekking tot de geneesheren-specialisten

De honoraria voor de verstrekkingen opgenomen in artikel 2 en artikel 25 van de nomenclatuur alsmede de honoraria voor de zorgtrajecten worden vanaf 1 januari 2012 verhoogd met 1,50 % voor de geneesheren-specialisten.

Evenwel worden voor de niet-geaccrediteerde geneesheren-specialisten de honoraria voor toezicht en sommige forfaitaire honoraria klinische biologie en medische beeldvorming, die corresponderen met de specifieke verstrekkingen voor de geaccrediteerde specialisten die een Q- waarde bevatten, gehandhaafd op het niveau van 31 december 2011.

De bedragen voor de beschikbaarheidshonoraria worden voor 2012 met 2,99 % opgetrokken. Hetzelfde geldt voor het permanentiehonorarium van de pediater in de E dienst.

De speciale verstrekkingen worden vanaf 1 januari 2012 geïndexeerd met 1 % met uitzondering van het honorarium voor de CT verstrekkingen, de nomenclatuurverstrekkingen voor de urgentiegeneeskunde (artikel 25, § 3bis) en anesthesiologieverstrekkingen opgenomen onder artikel 12, § 1, a), die gehandhaafd blijven op het niveau van 31 december 2011.

De enveloppen medische beeldvorming en klinische biologie worden voor het jaar 2012 vastgelegd op respectievelijk 1.170.235 duizend euro en 1.224.314 duizend euro.

4.3. Bevordering van conventionering en accreditering

Door de voorgaande maatregelen wordt een besparing gerealiseerd ten belope van 139,579 mio euro. De opgelegde besparing van 129,747 mio euro wordt aldus ruimschoots gerealiseerd. Het verschil van 9,832 mio euro wordt aangewend om het bedrag van het jaarlijks forfaitair accrediteringshonorarium aanzienlijk te verhogen.

Voor 2012 wordt de forfaitaire accrediteringstegemoetkoming voor de volledig geconventioneerde artsen tot 1.027,81 euro verhoogd; voor de partiel en de niet geconventioneerde artsen blijft de forfaitaire accrediteringstegemoetkoming op 593,61 euro.

Op die wijze wordt tegemoetgekomen aan een verzuchting van de NCGZ om de conventionering van artsen te bevorderen en de accreditering aantrekkelijker te maken.

5. WERKPROGRAMMA 2012

Benevens de concretisering van de structurele maatregelen vermeld in punt 3 zal de NCGZ volgende materies behandelen.

De NCGZ zal in de loop van het akkoord de ontwikkeling van de zorgtrajecten evalueren en begin 2012 de wijze van gegevensoverdracht definitief vaststellen rekening houdend met alle vereisten op het vlak van de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

De NCGZ zal ook de evolutie van het systeem van de sociaal derde betalende, dat in 2011 werd versterkt, onderzoeken. Ze zal desgevallend de passende maatregelen voorstellen om de toegankelijkheid van de zorgverlening in de eerste lijn verder te bevorderen.

De NCGZ zal in 2012 de discussie verder zetten over de organisatie van de wachtposten en andere maatregelen om dringende hulpverlening buiten de klassieke werkuren te verzekeren. Ze zal hierbij nagaan - mede op basis van de analyses van het KCE - op welke wijze nauwere samenwerking tussen de wachtposten en de spoedgevallendiensten van de ziekenhuizen een meerwaarde kan betekenen.

De NCGZ zal tenslotte de verschillen in de honoraria voor de raadplegingen van de geaccrediteerde geneesheren-specialisten aan een grondig onderzoek onderwerpen en voorstellen formuleren om de vastgestelde ongelijkheden weg te werken.

6. SOCIAAL STATUUT

Het bedrag van het sociaal statuut voor volledig geconventioneerden bedraagt in 2012 4.324,69 euro, en voor partiel geconventioneerden 2.127,03 euro hetzij een verhoging met 2,99 %.

7. CORRECTIEMAATREGELEN

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

8. TOEPASSINGSVOORWAARDEN VAN HET AKKOORD

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

8.1.1. De volledig geconventioneerde zorgverleners,

8.1.2. De gedeeltelijk geconventioneerde zorgverleners.

8.2. Huisartsen

8.2.1. De volledig geconventioneerde zorgverleners

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

8.2.2. De gedeeltelijk geconventioneerde zorgverleners

8.2.2.1. Definitie en toe te passen tarieven

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

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

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

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

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

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

8.2.3. Bijzondere eisen van de rechthebbende

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

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

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

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

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

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

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

8.3. Geneesheren-specialisten

8.3.1. De volledig geconventioneerde zorgverleners

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

8.3.2. De gedeeltelijk geconventioneerde zorgverleners

8.3.2.1. Definitie en toe te passen tarieven

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

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

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

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

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

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

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

8.3.3. Bijzondere eisen van de rechthebbende

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

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

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

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

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

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

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

- 64.917,25 euro per gezin, vermeerderd met 2.163,13 euro per persoon ten laste, als er slechts één gerechtigde is;
- of 43.277,70 euro per gerechtigde, vermeerderd met 2.163,13 euro per persoon ten laste, als er meerdere gerechtigden zijn.

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

8.6. Mededeling en bekendmaking van het toetredingsstatuut

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

9. GESCHILLENBEMIDDELING

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

10. DUUR VAN HET AKKOORD

10.1. Dit akkoord wordt voor een periode van één jaar gesloten (namelijk van 1 januari 2012 tot en met 31 december 2012).

10.2 Het akkoord kan worden opgezegd door een van de partijen of door een geneesheer met een ter post aangetekende brief die aan de voorzitter van de NCGZ is gericht binnen 30 dagen na de bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad* van besparingsmaatregelen die eenzijdig werden vastgelegd.

Het akkoord kan tevens worden opgezegd door een van de partijen of door een geneesheer met een ter post aangetekende brief aan de voorzitter van de NCGZ indien op 31 maart 2012 het Koninklijk Besluit inzake Impulso III niet in het *Belgisch Staatsblad* werd bekendgemaakt of indien tijdens de looptijd van het akkoord wettelijke of reglementaire bepalingen in werking treden die de bestaande regeling met betrekking tot de honoraria supplementen wijzigen.

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

Die opzegging kan evenwel slechts in werking treden als de opzeggende partij die opzegging bevestigt voor de NCGZ die in spoedvergadering is bijeengeroepen, overeenkomstig de quorumregels bedoeld in artikel 50, § 2, vierde lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Deze opzegging door een van de partijen kan algemeen zijn of beperkt tot bepaalde verstrekkingen of groepen van verstrekkingen en/of tot bepaalde zorgverleners op wie de besparingsmaatregelen betrekking hebben. In geval van gedeeltelijke opzegging moeten in de aangetekende brief ook de beoogde verstrekkingen of groepen van verstrekkingen en/of zorgverleners nauwkeurig worden vermeld. Deze opzegging is van toepassing vanaf de datum van inwerkingtreding van de voormelde correctiemaatregelen.

11. FORMALITEITEN

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

In die brief moet het volgende staan :

RIZIV- identificatienummer :
Ik, ondergetekende,
Naam en voornamen :
Volledig adres :
Hoedanigheid :
Algemeen geneeskundige/geneesheer-specialist voor
(doorhalen wat niet past)
verklaar dat ik weiger toe te treden tot de bedingen van het op 21 december 2011 gesloten Nationaal Akkoord Geneesheren-Ziekenfondsen.
Datum :
Handtekening :

11.2. De andere geneesheren dan die welke, overeenkomstig de bepalingen die zijn vermeld onder 11.1, kennis hebben gegeven van hun weigering tot toetreding tot de bedingen van het akkoord dat op 21 december 2011 in de NCGZ is gesloten, worden ambtshalve geacht tot dit akkoord te zijn toegetreden voor hun volledige beroepsactiviteit, behalve als zij, binnen de 30 dagen na de bekendmaking van dit akkoord in het *Belgisch Staatsblad* de voorwaarden inzake tijd en plaats hebben meegegeeld waaronder zij, overeenkomstig de bedingen van dit akkoord en meer bepaald de punten 8.2.2. en 8.3.2. (« gedeeltelijk geconventioneerde ») :

11.2.1. de honorariumbedragen zullen toepassen die daarin zijn vastgesteld;

11.2.2. de honorariumbedragen niet zullen kunnen toepassen die daarin zijn vastgesteld.

Die mededeling moet worden gedaan met een ter post aangetekende brief, gericht aan de NCGZ op het onder 11.1 vermelde adres. In de brief moet het volgende staan :

11.2.2.1. voor de huisartsen :

RIZIV- identificatienummer :			
Ik, ondergetekende,			
Naam en voornamen :			
Volledig adres :			
verklaar mijn beroepsactiviteit, uitgeoefend overeenkomstig de bedingen van het op 21 december 2011 gesloten Nationaal Akkoord Geneesheren-Ziekenfondsen, uit te oefenen onder de volgende voorwaarden inzake tijd en plaats :			
a) raadplegingen, afspraken en verstrekkingen in de spreekkamer, buiten de bedingen van het akkoord, ten belope van maximaal drie keer per week per tijdvak van maximum 4 ononderbroken uren (punt 8.2.2.2. « Periodes en voorwaarden van de gedeeltelijke toetreding tot het akkoord »):			
	Dagen	Plaats	Uren
b) alle andere verstrekkingen die verricht worden buiten de tijdvakken vastgesteld in bovenstaand punt a), zullen worden uitgevoerd overeenkomstig de bepalingen van het akkoord. Ik bevestig op erewoord en verbind mij ertoe dat zij ten minste driekwart van mijn gehele praktijk vertegenwoordigen en zullen vertegenwoordigen. Ter informatie vermeld ik hierna de voorafgaandelijk vastgestelde tijdvakken voor het verlenen van deze verstrekkingen.			
	Dagen	Plaats	Uren
Datum :			
Handtekening :			

11.2.2.2. Voor de geneesheren-specialisten :

RIZIV- identificatienummer :			
Ik, ondergetekende,			
Naam en voornamen :			
Volledig adres :			
Geneesheer-specialist voor			
verklaar mijn beroepsactiviteit, uitgeoefend overeenkomstig de bedingen van het op 21 december 2011 gesloten Nationaal Akkoord Geneesheren-Ziekenfondsen, uit te oefenen onder de volgende voorwaarden inzake tijd en plaats :			
a) consultaties, afspraken en technische prestaties, voor ambulante patiënten, buiten de bedingen van het akkoord ten belope van maximaal vier keer per week per tijdvak van maximum 4 ononderbroken uren (punt 8.3.2.2. « Periodes en voorwaarden van de gedeeltelijke toetreding tot het akkoord »):			
	Dagen	Plaats	Uren
b) alle andere verstrekkingen, verricht in het kader van het geheel van mijn praktijk, zullen worden verricht overeenkomstig de bepalingen van het akkoord.			
c) de verstrekkingen voor ambulante patiënten verricht buiten de tijdvakken, vastgesteld in bovenstaand punt a), zullen worden uitgevoerd overeenkomstig de bepalingen van het akkoord. Ik bevestig op erewoord en verbind mij ertoe dat zij ten minste de helft van mijn gehele praktijk vertegenwoordigen en zullen vertegenwoordigen. Ik vermeld hierna de vastgestelde tijdvakken voor het verlenen van deze verstrekkingen voor ambulante patiënten met inachtneming van de verplichting toegang te verlenen tot deze verstrekkingen op elk praktijkadres, overeenkomstig de bepalingen van het akkoord :			
	Dagen	Plaats	Uren
Datum :			
Handtekening :			

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

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

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

Opgemaakt te Brussel op 21 december 2011.

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

De vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen

SERVICE PUBLIC FEDERAL SECURITE SOCIALE

[C – 2011/22463]

Accord national médico-mutualiste 2012 du 21 décembre 2011

En vertu des articles 26, 50 et 51 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, la Commission nationale médico-mutualiste (ci-après CNMM), sous la présidence de M. Johan DE COCK, a conclu le 21 décembre 2011, l'accord qui suit pour l'année 2012.

1. CONTEXTE

La CNMM constate que dans le climat économique financier actuel, il importe essentiellement de préserver la sécurité tarifaire des patients. Elle accepte également de limiter au strict minimum les adaptations des honoraires et des tarifs et ce faisant de prendre sa responsabilité pour la réalisation des économies prévues. Elle insiste aussi sur la nécessité de simplifier le cadre réglementaire.

2. OBJECTIF BUDGETAIRE PARTIEL 2012

La CNMM prend connaissance du montant de l'objectif budgétaire partiel que le Gouvernement a décidé et communiqué le 12 décembre 2011 au Conseil général de l'INAMI. L'objectif budgétaire partiel a été fixé pour 2012 à 7.303.139 milliers d'euros.

L'objectif budgétaire partiel 2012 présente ainsi une hausse de 2,71 % par rapport à l'objectif 2011 et de 3,76 % par rapport aux estimations techniques de l'INAMI de septembre 2011.

3. ECONOMIES

3.1. La CNMM prend connaissance de la décision du Gouvernement de conclure un accord qui s'écarte des mesures proposées dans le cadre du budget à condition que les efforts d'économie demandés sur le plan des honoraires pour 2012 (130 millions d'euros) et sur une base annuelle (150 millions d'euros) soient garantis et que les mesures d'économie alternatives ne touchent pas les bénéficiaires.

3.2. Un groupe de travail spécial placé sous la présidence du président de la CNMM élabore des mesures structurelles alternatives et les soumettra à l'approbation de la CNMM au plus tard le 30 juin 2012. A partir de cette date, les limitations de l'indexation prévues par rapport au 2,99 % au sein du présent accord peuvent être levées, en première instance pour les prestations de l'article 2, pour la surveillance et pour les trajets de soins, pour autant que les mesures structurelles aient été publiées au *Moniteur belge*.

De toute manière, la limitation de l'index sera levée au 1^{er} décembre 2012 pour les prestations précitées.

Les limitations d'index prévues peuvent également être levées pour autant que les mesures structurelles aient été prises par la CNMM et qu'il ait été constaté sur la base des estimations techniques de septembre 2012 qu'il y a la marge nécessaire au sein de l'objectif budgétaire partiel.

4. MESURES

Dans les limites tracées, la CNMM propose les mesures suivantes :

4.1. Mesures concernant les médecins généralistes

Les honoraires pour les prestations reprises à l'article 2 de la nomenclature ainsi que les honoraires pour les trajets de soins seront, à partir du 1^{er} janvier 2012, majorés de 1,50 % pour les médecins généralistes.

Les prestations techniques des médecins généralistes seront indexées de 1 %.

La mesure permanence et disponibilité est prolongée pour la durée de l'accord et les honoraires restent au niveau du 31 décembre 2011.

Le montant de l'allocation de pratique est fixé à 1.650 euros pour 2012, avec maintien des conditions et de la procédure prévues dans l'accord national médico-mutualiste du 13 décembre 2010.

Les montants pour les honoraires de disponibilité sont augmentés de 2,99 % pour 2012. Le montant du forfait télématique est maintenu à son niveau du 31 décembre 2011.

La CNMM prend connaissance de la décision de la Ministre d'exécuter immédiatement le dossier Impulseo III. L'incidence de cette décision se chiffre à 10,4 millions d'euros et est prévue dans l'objectif budgétaire partiel.

La réglementation relative à la prolongation de la gestion du dossier médical global (DMG) demeure inchangée en 2012. La simplification administrative de la prolongation de la gestion du DMG sera développée dans le cadre du projet MyCaret en vue d'une instauration progressive au cours de l'année 2013. Le groupe de travail instauré à cet effet formulera des pistes dans le courant de 2012.

4.2. Mesures concernant les médecins spécialistes

Les honoraires des prestations reprises à l'article 2 et à l'article 25 de la nomenclature des prestations de santé ainsi que l'honoraire pour les trajets de soins, sont, le 1^{er} janvier 2012, majorés de 1,50 % pour les médecins spécialistes.

Cependant, pour les médecins spécialistes non accrédités, les honoraires pour surveillance et certains honoraires forfaitaires de biologie clinique et d'imagerie médicale, qui correspondent aux prestations spécifiques pour les spécialistes accrédités qui contiennent une valeur Q, sont maintenus au niveau du 31 décembre 2011.

Les montants des honoraires de disponibilité sont augmentés de 2,99 % pour 2012. Il en va de même pour les honoraires de permanence du pédiatre au service E.

Les prestations spéciales seront indexées à partir du 1^{er} janvier 2012 à concurrence d'1 % à l'exception des honoraires pour les prestations CT, les prestations de nomenclature pour la médecine d'urgence (article 25, § 3bis) et les prestations d'anesthésie reprises à l'article 12, § 1^{er}, a), qui sont maintenues au niveau du 31 décembre 2011.

Les enveloppes imagerie médicale et biologie clinique sont fixées pour l'année 2012 respectivement à 1.170.235 milliers d'euros et 1.224.314 milliers d'euros.

4.3. Promotion du conventionnement et de l'accréditation

Les mesures précitées permettent de réaliser une économie de 139,579 millions d'euros. L'économie imposée de 129,747 millions d'euros est donc largement réalisée. La différence de 9,832 millions d'euros est utilisée afin d'accroître considérablement le montant des honoraires d'accréditation forfaitaires annuels.

Pour 2012, l'intervention forfaitaire d'accréditation pour les médecins entièrement conventionnés est majoré à 1.027,81 euros; pour les médecins partiellement et non conventionnés, l'intervention forfaitaire d'accréditation reste fixé à 593,61 euros.

Cette procédure permet de satisfaire aux aspirations de la CNMM qui souhaite promouvoir le conventionnement de médecins et rendre l'accréditation plus attractive.

5. PROGRAMME DE TRAVAIL 2012

Outre la concrétisation des mesures structurelles mentionnées au point 3, la CNMM traitera les matières suivantes.

La CNMM évaluera durant la période de l'Accord le développement des trajets de soins et fixera définitivement les modalités du transfert des données début 2012 en tenant compte de toutes les exigences sur le plan de la protection de la vie privée.

La CNMM examinera aussi l'évolution du système du tiers payant social, qui a été renforcé en 2011. Le cas échéant, elle proposera les mesures appropriées pour promouvoir l'accessibilité des soins de première ligne.

La CNMM poursuivra en 2012 la discussion sur l'organisation des postes de garde et d'autres mesures pour assurer l'aide médicale urgente en dehors des heures ouvrables classiques. Ce faisant, elle vérifiera aussi sur la base des analyses du KCE de quelle manière une collaboration plus étroite entre les postes de garde et les services d'urgence des établissements hospitaliers signifierait l'apport d'une plus-value.

Enfin, la CNMM soumettra les différences au sein des honoraires des consultations des médecins spécialistes accrédités à une analyse approfondie et formulera des propositions pour supprimer les inégalités constatées.

6. STATUT SOCIAL

Le montant du statut social pour les médecins entièrement conventionnés s'élève en 2012 à 4.324,69 euros, et pour les médecins partiellement conventionnés, à 2.127,03 euros, soit une augmentation de 2,99 %.

7. MESURES DE CORRECTION

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

8. CONDITIONS D'APPLICATION DE L'ACCORD

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

8.1.1. les dispensateurs de soins conventionnés complets;

8.1.2. les dispensateurs de soins conventionnés partiels.

8.2. Médecins généralistes

8.2.1. Les dispensateurs de soins conventionnés complets

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

8.2.2. Les dispensateurs de soins conventionnés partiels

8.2.2.1. Définition et tarifs applicables

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

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

8.2.2.2. Périodes et conditions du conventionnement partiel

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

8.2.2.2.1. un maximum de trois fois par semaine par plage de maximum quatre heures continues;

8.2.2.2.2. et pour autant que le reste de sa pratique représente au moins les trois quart du total de sa pratique et soit effectué aux taux d'honoraires fixés conformément aux termes du présent accord, sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 8.2.3.

8.2.3. Exigences particulières du bénéficiaire

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

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

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

8.2.3.3. les appels de nuit, de week-end ou au cours d'un jour férié, quand le médecin n'est pas de garde, lorsqu'il est établi que le service de garde organisé sur place est suffisant;

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

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

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

8.3. Médecins spécialistes

8.3.1. Les dispensateurs de soins conventionnés complets

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

8.3.2. Les dispensateurs de soins conventionnés partiels

8.3.2.1. Définition et tarifs applicables

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

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

8.3.2.2. Périodes et conditions du conventionnement partiel

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

8.3.2.2.1. organisés durant un maximum de quatre fois par semaine par plage de maximum quatre heures continues;

8.3.2.2.2. et pour autant que la moitié au moins du total de toutes ses prestations aux patients ambulants soit effectuée aux taux d'honoraires fixés conformément aux termes du présent accord sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 8.3.3, et à des heures qui conviennent normalement aux bénéficiaires de l'assurance soins de santé;

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

8.3.3. Exigences particulières du bénéficiaire

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

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

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

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

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

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

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

- soit 64.917,25 euros par ménage, augmentés de 2.163,13 euros par personne à charge, lorsqu'il n'y a qu'un seul titulaire;
- soit 43.277,70 euros par titulaire, augmentés 2.163,13 euros par personne à charge, lorsqu'il y a plusieurs titulaires.

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

8.6. Information et affichage du statut d'adhésion

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

9. CONCILIATION DE CONTESTATIONS

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

10. DUREE DE L'ACCORD

10.1. Le présent accord est conclu pour une période d'un an, à savoir du 1^{er} janvier 2012 au 31 décembre 2012.

10.2. L'accord peut être dénoncé par une des parties ou par un médecin, par lettre recommandée à la poste, adressée au président de la CNMM, dans les 30 jours qui suivent la publication au *Moniteur belge* de mesures d'économie fixées de manière unilatérale.

L'accord peut aussi être dénoncé par une des parties ou par un médecin, par lettre recommandée à la poste, adressée au président de la CNMM si, au 31 mars 2012, l'arrêté royal relatif à Impulseo III n'a pas fait l'objet d'une publication au *Moniteur belge* ou si durant la durée de l'accord des dispositions légales ou réglementaires entrent en vigueur et portent modification de la législation existante relativement aux suppléments d'honoraires.

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

Toutefois, cette dénonciation ne peut sortir ses effets que si la partie qui dénonce confirme cette dénonciation devant la CNMM réunie d'urgence, selon les règles de quorum visées à l'article 50, § 2, alinéa 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Cette dénonciation par une des parties peut être générale ou limitée à certaines prestations ou à certains groupes de prestations et/ou à certains dispensateurs de soins concernés par les mesures d'économie. En cas de dénonciation partielle, il faut également mentionner avec précision, dans la lettre recommandée, les prestations ou groupes de prestations et/ou les dispensateurs visés. Cette dénonciation produit ses effets à la date d'entrée en vigueur des mesures de correction susmentionnées.

11. FORMALITES

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

Cette lettre comportera les mentions suivantes :

Numéro d'identification INAMI :
Je soussigné,
Nom et prénom(s) :
Adresse complète :
Qualité :
Médecin de médecine générale/Médecin spécialiste en
(biffer la mention inutile)
déclare refuser d'adhérer aux termes de l'accord national médico-mutualiste conclu le 21 décembre 2011.
Date :
Signature :

11.2. Les médecins, autres que ceux qui ont notifié, conformément aux dispositions prévues au point 11.1, leur refus d'adhésion aux termes de l'accord conclu le 21 décembre 2011 à la CNMM, sont réputés d'office avoir adhéré à cet accord pour leur activité professionnelle complète, sauf s'ils ont, dans les trente jours qui suivent la publication de cet accord au *Moniteur belge*, communiqué les conditions de temps et de lieu dans lesquelles, conformément aux clauses du présent accord et particulièrement les points 8.2.2. et 8.3.2. (« conventionnement partiel ») :

11.2.1. ils appliqueront les montants d'honoraires qui y sont fixés;

11.2.2. ils pourront ne pas appliquer les montants d'honoraires qui y sont fixés.

Cette communication doit se faire par lettre recommandée à la poste adressée à la Commission nationale médico-mutualiste, et ce à l'adresse mentionnée sous le point 11.1. La lettre comportera les mentions suivantes :

11.2.2.1. pour les médecins généralistes :

Numéro d'identification INAMI :																								
Je soussigné,																								
Nom et prénom(s) :																								
Adresse complète :																								
déclare exercer mon activité professionnelle conformément aux clauses de l'accord national médico-mutualiste, conclu le 21 décembre 2011, dans les conditions de temps et de lieu suivantes :																								
<i>a)</i> consultations, rendez-vous et prestations au cabinet, en dehors des termes de l'accord, d'un maximum de trois fois par semaine par plage de maximum quatre heures continues (point 8.2.2.2 « Périodes et conditions du conventionnement partiel ») :																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Jours</th> <th style="width: 33%;">Lieu</th> <th style="width: 33%;">Heures</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Jours	Lieu	Heures																					
Jours	Lieu	Heures																						
<i>b)</i> toutes les autres prestations réalisées en dehors des plages définies au point <i>a)</i> ci-dessus seront exercées conformément aux termes de l'accord. J'atteste sur l'honneur et je m'engage qu'elles représentent et représenteront au moins les trois quart de l'ensemble de ma pratique. Pour information, je renseigne ci-dessous les plages prédéfinies pour la dispensation de ces prestations :																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Jours</th> <th style="width: 33%;">Lieu</th> <th style="width: 33%;">Heures</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Jours	Lieu	Heures																					
Jours	Lieu	Heures																						
Date :																								
Signature :																								

11.2.2.2. pour les médecins spécialistes :

Numéro d'identification INAMI :

Je soussigné,

Nom et prénom(s) :

Adresse complète :

Médecin spécialiste en

déclare exercer mon activité professionnelle conformément aux clauses de l'accord national médico-mutualiste, conclu le 21 décembre 2011, dans les conditions de temps et de lieu suivantes :

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

Jours	Lieu	Heures

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

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

Jours	Lieu	Heures

Date :

Signature :

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

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

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

Fait à Bruxelles, le 21 décembre 2011.

Les Représentants du banc médical (Absym-Bvas et Cartel-Kartel),

Les Représentants du banc des organismes assureurs