



SCHIEDSHOF

[2006/200120]

Bekanntmachung vorgeschrieben durch Artikel 74 des Sondergesetzes vom 6. Januar 1989 über den Schiedshof

Mit einer Klageschrift, die dem Hof mit am 29. Dezember 2005 bei der Post aufgegebenem Einschreibebrief zugesandt wurde und am 30. Dezember 2005 in der Kanzlei eingegangen ist, erhob die Flämische Regierung Klage auf Nichtigerklärung der Artikel 48 und 49 (Hingabe von Kunstgegenständen an Zahlungs statt zur Abgeltung der Erbschaftssteuer) des Programmgesetzes vom 11. Juli 2005 (veröffentlicht im *Belgischen Staatsblatt* vom 12. Juli 2005, zweite Ausgabe), wegen Verstoßes gegen die durch die Verfassung oder kraft derselben zur Bestimmung der jeweiligen Zuständigkeiten von Staat, Gemeinschaften und Regionen festgelegten Vorschriften.

Diese Rechtssache wurde unter der Nummer 3840 ins Geschäftsverzeichnis des Hofes eingetragen.

Der Kanzler,
L. Potoms.

FEDERALE OVERHEIDSDIENST MOBILITEIT EN VERVOER

[C - 2006/14010]

Verhoging van het maatschappelijk kapitaal van De Post overeenkomstig het koninklijk besluit van 12 oktober 2005 waarbij De Post wordt gemachtigd om nieuwe aandelen uit te geven. — Bericht

De verhoging van het maatschappelijk kapitaal van de naamloze vennootschap van publiek recht De Post ten bedrage van EUR 340.000.000 (driehonderd veertig miljoen euro) door uitgifte van 232 241 (tweehonderd tweeëndertigduizend tweehonderd eenenveertig) nieuwe aandelen, waartoe De Post werd gemachtigd bij koninklijk besluit van 12 oktober 2005, gepubliceerd in het *Belgisch Staatsblad* van 25 oktober 2005, werd gerealiseerd bij beslissing van de buitengewone algemene vergadering van De Post van 17 januari 2006.

Zoals voorzien in artikel 3 van het koninklijk besluit van 13 december 2005 tot wijziging, wat De Post betreft, van de wet van 21 maart 1991 betreffende de hervorming van sommige economische overheidsbedrijven, trad voornoemd koninklijk besluit aldus op 17 januari 2006 in werking.

SERVICE PUBLIC FEDERAL MOBILITE ET TRANSPORTS

[C - 2006/14010]

Augmentation du capital social de La Poste conformément à l'arrêté royal du 12 octobre 2005 autorisant La Poste à émettre de nouvelles actions. — Avis

L'augmentation du capital social de la société anonyme de droit public La Poste à hauteur de € 340.000.000 (trois cent quarante millions d'euros) par l'émission de 232 241 (deux cent trente-deux mille deux cent quarante et un) nouvelles actions, à laquelle La Poste a été autorisée de procéder par l'arrêté royal du 12 octobre 2005 publié au *Moniteur belge* du 25 octobre 2005, a été réalisée par décision de l'assemblée générale extraordinaire de La Poste du 17 janvier 2006.

Comme prévu à l'article 3 de l'arrêté royal du 13 décembre 2005 modifiant, pour La Poste, la loi du 21 mars 1991 portant réforme de certaines entreprises publiques économiques, l'arrêté royal précité est ainsi entré en vigueur le 17 janvier 2006.

SERVICE PUBLIC FEDERAL SECURITE SOCIALE

[C - 2005/23127]

Accord national médico-mutualiste 2006-2007

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 (CNMM), sous la Présidence de M. Gabriel PERL, a conclu le 20 décembre 2005, l'accord suivant :

1. Objectif budgétaire partiel 2006.

La CNMM prend acte du montant de l'objectif budgétaire partiel 2006, fixé par le Conseil général à 5.333.123 milliers €.

2. Honoraires 2006/2007 : indexation et revalorisation

Pour 2007, une indexation des honoraires sera négociée avant le 15 décembre 2006 selon les mêmes critères prévus pour l'année 2006, c'est-à-dire que les groupes de prestations techniques qui ont connu une forte augmentation les années précédentes ne sont pas indexées.

Projets	Date application	2006 Budget (milliers €)	2007	2008	Impact sur base annuelle
1. Indexations					
1.1.H0607/01. Les honoraires tels qu'ils étaient fixés au 31 décembre 2005, sont indexés de façon linéaire de 2,26 %, hormis les groupes de prestations techniques qui ont accusé une augmentation moyenne de plus de 7,75 % dans les 4 années précédentes et à l'exclusion du DMG et des honoraires et forfaits de biologie clinique	01.01.2006	121.731 - 9.302 - 1.723 - 21.142 <hr/> 89.564			89.564
1.2.H0607/02 Les honoraires et forfaits de biologie clinique sont indexés de façon linéaire de 2,26 %	01.07.2006	10.571	10.571		21.142
Total indexation		100.135	10.571		110.706

Projets	Date application	2006 Budget (milliers €)	2007	2008	Impact sur base annuelle
2.1. Honoraires des médecins généralistes	Date application	2006 Budget (milliers €)	2007	2008	Impact sur base annuelle
2.1.1. H0607/03 Les honoraires de disponibilité sont étendus au vendredi soir et aux veilles des jours fériés légaux		2.073			2.073
2.1.2. H0607/04 Les honoraires pour le DMG (102771 et 102793) sont portés à 22 €	01.02.2006	8.974	816		9.790
2.1.3. H0607 /05 Les honoraires pour le DMG (102771 et 102793) sont portés à 25 €	01.10.2007		3.657	10.972	14.629
2.1.4 H 0607/06 Les consultations (week-end, nuit) et les visites majorées et multiples (+ prestations palliatives) sont revalorisées afin d'atteindre un des multiplicateur suivants : × 1 en journée-normal × 1,33 soir × 1,5 weekend × 2 nuit-consultation × 2,3 nuit-visite à domicile 0,80 visite double 0,75 visite triple	01.04.2006	7.684	2.561		10.245
2.1.5.H0607/07 Les visites à l'hôpital codes 109723 et 109734 sont portées à la valeur de la prestation 103132, soit 30, 68 €.	01.04.2006	78	26		104
Total médecins généralistes		18.809	7.060	10.972	36.841
2.2. Honoraires des médecins spécialistes	Date application	2006 Budget (milliers €)	2007	2008	Impact sur base annuelle
2.2.1.H0607/08 Les honoraires de gynécologie /obstétrique sont revalorisés de façon linéaire de 4 % : code 423010-423021 code 424012-424023	01.02.2006	936	85		1.021
2.2.2.H0607/09 Les honoraires de gynécologie /obstétrique sont augmentés de façon supplémentaire de 6 % :	01.02.2006	1.375	125		1.500
2.2.3.H0607/10 Les honoraires de gynécologie /obstétrique sont augmentés de façon supplémentaire de 5 % :	01.10.2007		313	937	1.250
2.2.4.H0607/11 Médecine hospitalière (cfr point 4 de l'accord - 1e phase)	01.07.2006	10.000	10.000		20.000
2.2.5.H0607/12 Médecine hospitalière (cfr point 4 de l'accord - 2e phase)	01.10.2007		3.125	9.375	12.500
Total médecins spécialistes		12.311	13.648	10.312	36.271
TOTAL HONORAIRES 2006/2007		131.255	31.279	21.284	183.818

3. NOMENCLATURE 2006 (annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984)

Projets Accord 2004-2005	Date application	2006 Budget (milliers €)	2007	2008	Impact sur base annuelle
N0405/06* Chirurgie ambulatoire - ophtalmologique remboursée en extra-muros /art. 15	2006	pm			
N0405/10* Gériatrie de liaison Code : 599045	2006	pm			
N0405/12* Intervention chirurgie multidisciplinaire	2006	pm			
N0405/13* Médecine générale stagiaires 005-006	2006	pm			
N0405/19* Harmonisation de la prescription des moyens de contraste en liaison avec la nomenclature d'imagerie médicale	2006	pm			
N0405/21* Taping de la cheville Nouveau code	2006	pm			

* La CNMM recommande que ces projets entrent en vigueur au plus tard le 1^{er} juillet 2006.

Projets Accord 2006-2007	Date application	2006 Budget (milliers €)	2007	2008	Impact sur base annuelle
N0607/00 Médecine d'urgence Restructuration et revalorisation de la médecine d'urgence(Pt 1 - Ministre - CTM - 27.10.2005)	01.02.2006	10.083	917		11.000
N0607/01 Revalorisation de la permanence technique dans labos hôpitaux (Pt 2 - Ministre CTM 27.10.2005) Honoraires forfaitaires par admission Code : 591113 Code : 591124	01.04.2006	6.750	2.250		9.000
N0607/02 Pédo-psychiatrie (Pt 3 - Ministre CTM 27.10.2005) Psychothérapie de médiation : art.2. I-109675 - Évaluation psychiatrique : Art. 2., K - 109410 -Psychiatrie de liaison infanto-juvénile : art. 25 : 596562 et 596584	01.02.2006	2.521	229		2.750
N0607/03 Pédiatrie hospitalière E/230 (Pt 5 Ministre - CTM 27.10.2005) Honoraires de surveillance Code : 598802 Code : 598220	01.02.2006	2.397	218		2.615
N0607/04 Gériatrie (Pt 6 Ministre - CTM 27.10.2005) (en combinaison avec N0405/10) - Consultation pluridisciplinaire : 2, A-102233 - Gériatrie de liaison : 599045 - Examen de sortie de G : 599060 - Revalorisation d'honoraires de surveillance en G : 599126 et 598286	01.02.2006	765	70		835
N0607/05 Douleur chronique (Pt 7 Ministre-CTM 27.10.2005) Sélection de 8 prestations	01.02.2006	550	50		600

Projets Accord 2006-2007	Date application	2006 Budget (milliers €)	2007	2008	Impact sur base annuelle
N0607/06 (Pt 8 Ministre-CTM 27.10.2005) Revalorisation honoraires de surveillance dans services Sp chroniques : Codes : 599406 et 599421	01.02.2006	890	81		971
N0607/07 Spirométrie/médecin généraliste : NX code	01.02.2006	600			600
N0607/08 ORL - Chirurgie endonasale et champs multi- ples	2006	0			0
N0607/09 Ophtalmologie - intervention de cataracte par phacoémulsion	2006	3.000			3.000
N0607/10 Chirurgie oncologique - tête et cou	2006	700			700
N 0607/11 Lavage de sinus Méthode de PROETZ : code : 355935-355946 Economies	2006	-150			-150
N 0607/12 URO - Suppression cystostomie - code 260374- 260385 : Nx code ponction sus-pubienne Economies	2006	-350			-350
N 0607/13 Biologie moléculaire et microbiologie - Voir rapport KCE Nomenclaturisation	2006	3.000	4.000		7.000
Total nomenclature		30.756	7.815		38.571

4. Médecine hospitalière :

La Commission nationale médico-mutualiste est d'avis qu'une revalorisation des honoraires des médecins spécialistes travaillant en milieu hospitalier et qui garantissent la continuité des soins, est nécessaire. A cette fin, elle élaborera un plan pluriannuel orienté vers une meilleure rémunération des médecins concernés.

Par ailleurs, les conclusions du groupe de travail "médecine d'urgence" seront précisées.

La Commission nationale médico-mutualiste charge le Conseil technique médical de concrétiser les propositions ayant trait aux honoraires de consultation d'urgence (voir projet N0607/00 - 11.000 milliers € sur base annuelle) et aux honoraires de permanence. A côté de cela, la CNMM est chargée de développer des propositions qui ont trait aux honoraires de disponibilité. Un budget complémentaire de 32.500 milliers € sur base annuelle est mis à disposition des honoraires de permanence et des honoraires de disponibilité.

5. Biologie clinique et imagerie médicale

5.1. La Commission nationale médico-mutualiste propose de fixer le montant du budget global des moyens financiers de l'imagerie médicale pour 2006 à 521.962 milliers. Ne sont pas compris dans ce budget global, la RMN, les CTScan, la connexité (article 17ter) et l'article 17quater de la nomenclature des prestations de santé.

5.2. La Commission nationale médico-mutualiste s'engage à fixer à partir du 1^{er} janvier 2007 les honoraires forfaitaires d'imagerie médicale par admission sur base de critères plus objectifs.

5.3. La Commission nationale médico-mutualiste propose de fixer le montant du budget global des moyens financiers de la biologie clinique pour 2006 à 955.820 milliers €. y compris la biologie moléculaire et la permanence technique.

6. Dossier médical global

Sous réserve des conclusions concernant le point 9 du présent accord, l'indemnisation annuelle de base en faveur du médecin généraliste accrédité en tant qu'intervention dans les frais d'administration liés à la gestion du dossier médical global s'élève pour 2006 à 129,59 €.

Principes

- le médecin de famille a un rôle important dans l'organisation des soins dans notre pays
- la mise en place du "dossier médical global" doit y contribuer
- le dmg est un outil qui promeut la qualité des soins et n'est pas destiné au contrôle
- la CNMM confirme ces principes et entend promouvoir une utilisation fonctionnelle du "dmg"
- le "dmg" a fait l'objet de "Recommandations de Bonne Pratique" de la part de la SSMG et de la WVVH
- le "dmg" favorise l'échange optimal d'informations entre les différents dispensateurs de soins
- il peut aussi constituer un outil en vue d'une éventuelle exploitation collective des données médicales en termes de santé publique
- sous forme électronique, le "dmg" augmente la performance de son utilisation (échanges d'informations durant les gardes, échanges avec les autres dispensateurs de soins, échanges administratifs plus aisés,...)

- le "dmg" signifie également pour le patient un renforcement non seulement du lien de confiance qu'il a avec son médecin de famille mais aussi de sa propre responsabilité dans la gestion de sa santé
- son utilisation est régie par des dispositions déontologiques légales et réglementaires

Contenu

- le dmg contient les données administratives du patient
- il reprend les données médicales telles que les antécédents, les données d'alerte, les affections en cours, les examens complémentaires, les avis spécialisés, les médications prescrites
- le médecin de famille y consigne méthodiquement tous les éléments pertinents qu'il recueille lui-même ainsi que les éléments qu'il reçoit de tout autre dispensateur de soins pour autant que le patient marque son accord et dans le respect des législations et réglementations (respect de la vie privée, droits du patient)
- il gère ces données et propose, le cas échéant, des actions individualisées soit préventives (vaccinations, dépistages) soit curatives

Utilisation

Un premier objectif est la dispensation de soins de qualité par la compilation en un seul lieu de toutes les données médicales pertinentes.

Un deuxième objectif est le meilleur échange de données entre médecins de famille et médecins spécialistes qui implique la communication des résultats des démarches diagnostiques et thérapeutiques et qui permet aussi d'éviter la répétition inutile d'examens techniques.

L'utilisation de l'informatique est une plus-value.

Un troisième objectif est celui de la prise en charge optimale des patients atteints de pathologies spécifiques requérant une collaboration renforcée entre médecins de famille et médecins spécialistes. La concertation entre les dispensateurs de soins de la première ligne et ceux des deuxième et troisième lignes doit être incitée afin de concrétiser le principe fondamental de toute organisation optimale des soins : des soins de qualité dispensés au niveau le plus adéquat. Dans ce cadre, une meilleure concertation entre dispensateurs de soins peut se concrétiser sous la forme de collaborations (trajets de soins) pour éviter que des malades soient référés trop tardivement au médecin spécialiste ou que ce dernier ne remplisse la fonction du médecin de famille.

Un quatrième objectif est celui de la participation sur base volontaire, à la récolte de données épidémiologiques anonymisées de Santé Publique. A partir de logiciels informatiques labellisés, cette collecte s'en trouve facilitée (cfr le suivi du taux de couverture de la vaccination antigrippale dans les groupes à risque, le suivi de la mammographie de dépistage dans la population pressentie, le dépistage des maladies cardio-vasculaires,..)

- La CNMM peut demander au CNPQ d'adresser des recommandations aux médecins concernant le DMG, suivant les principes convenus.

7. Trajets de soins

La Commission nationale médico-mutualiste charge le groupe de travail créé par l'accord national du 15 décembre 2003, de développer pour le 1^{er} avril 2006 des mesures concrètes par lesquelles d'une part, le rôle du médecin généraliste et du médecin spécialiste est valorisé, et d'autre part le patient est encouragé. Ces mesures doivent être opérationnelles au 1^{er} juillet 2006, pour les patients diabétiques de type 2 et pour les patients en insuffisance rénale chronique.

La disponibilité du budget de 7.000.000 € au 1^{er} juillet 2006 (14.000.000 € sur base annuelle) est conditionnée par le fait que ces mesures soient décidées pour le 1^{er} juillet 2006 par la Commission nationale médico-mutualiste (budget total : 25.000.000 € sur base annuelle).

8. Accréditation.

8.1. L'honoraire forfaitaire d'accréditation est indexé au 1^{er} janvier 2006 (547,14 €).

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

9. Fonds d'impulsion de la médecine générale

La Commission nationale médico-mutualiste a pris connaissance des propositions du Gouvernement en matière de médecine générale et du budget de 5.000.000 € qui est repris pour ce faire dans le budget 2006.

La Commission nationale médico-mutualiste considère qu'une identification précise et performante des cabinets de médecine générale (cabinets individuels et autres) est une condition fondamentale pour la mise en place des propositions du Gouvernement. La Commission nationale médico-mutualiste est d'avis que cette identification devrait être effectuée par l'INAMI sur base d'un questionnaire adressés aux médecins dans le courant de l'année 2006.

La Commission nationale médico-mutualiste recommande au Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique de développer des formules d'emprunt en faveur des médecins débutants (avec éventuellement un intérêt nul et une remise de capital ou d'une partie du capital) via le fonds de participation.

La Commission nationale médico-mutualiste développera des propositions concrètes ayant trait au financement des pratiques de groupe et autres formes de collaboration.

10. Statut social.

10.1. En vue de stimuler le caractère attractif de l'adhésion à l'accord, la CNMM formule l'avis selon lequel :

1° le montant du statut social pour l'année 2006 est fixé à au moins 3.141,98€ pour les médecins qui sont réputés de plein droit avoir adhéré au présent accord pour leur activité professionnelle complète. Un montant plus élevé est possible en liaison étroite avec la réalisation du point 10.2.

2° le montant du statut social pour l'année 2006 est fixé à 1.860,16 € pour les médecins qui ont, dans les trente jours qui suivent la publication de cet accord au *Moniteur belge*, communiqué à la CNMM les conditions de temps et de lieu selon lesquelles, conformément aux clauses dudit accord, ils appliqueront ou non les montants d'honoraires qui y sont fixés, et dont l'activité professionnelle exercée conformément aux clauses de l'accord correspond aux minima suivants :

- pour les médecins de médecine générale :
 - * ou bien des consultations au cabinet représentant au moins dix heures par semaine, réparties sur trois jours au moins;
 - * ou bien des consultations au cabinet représentant au moins les trois-quarts de l'activité professionnelle hebdomadaire;
- pour les médecins spécialistes exerçant leur activité professionnelle en tout ou en partie en milieu hospitalier :
 - * ou bien vingt-cinq heures par semaine au moins;
 - * ou bien les trois-quarts de l'activité professionnelle;
- pour les médecins spécialistes exerçant leur activité professionnelle exclusivement en dehors du milieu hospitalier :
 - * ou bien des consultations au cabinet représentant au moins vingt heures par semaine;
 - * ou bien des consultations au cabinet représentant au moins les trois-quarts de l'activité professionnelle.

La CNMM émettra son avis concernant les montants du statut social 2007 avant le 30 juin 2006.

La CNMM insiste fortement auprès du Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur le fait que l'arrêté royal fixant les montants pour l'année 2006 et pour l'année 2007 soit publié le plus vite possible, notamment pour appliquer le projet de simplification de la procédure d'octroi du statut social reprise dans la note Gouvernementale déposée au Conseil général le 10 octobre 2005.

10.2. La CNMM examinera pour le 31 mars 2006, la possibilité d'instaurer un statut social qui évolue en fonction de la fidélisation à l'accord et qui aille de pair avec un seuil d'activité (cfr conclusion du GT7 - Doc. Commission nationale médico-mutualiste 2005-52).

11. Tiers-payant.

11.1. 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.

11.2. La CNMM donne comme avis au Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, de modifier en 2006 ou 2007, l'arrêté royal du 10 octobre 1986 portant exécution de l'article 53, alinéa 8, de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, de façon que le régime du tiers payant puisse être appliqué pour les prestations avec les n°s de codes 102410, 102432, 104252 et 104274.

12. Mesures de correction.

Le présent accord est censé contenir les clauses prévues à l'article 51, § 2 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et contient les mécanismes de correction suivants :

- 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 qui seront précisées par la Commission nationale médico-mutualiste au moment où il est nécessaire de prendre des mesures de correction.

Pour ce qui concerne les mesures d'économies prévues aux articles 18 et 40, § 1^{er} de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, et conformément à l'esprit de la loi, les dispositions de l'article 51, § 2 de ladite loi ne peuvent être appliquées que si un dialogue et une concertation ont eu lieu au préalable entre le Ministre et la Commission nationale médico-mutualiste.

13. Missions, projets et recommandations.

13.1. La Commission nationale médico-mutualiste prend acte de la décision des organisations représentatives du Corps médical de recommander aux médecins concernés le respect, à partir du 1^{er} janvier 2006, des honoraires prévus par l'accord avant même la mise en vigueur de ce dernier.

13.2 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 au MAF et des malades chroniques.

13.3 La CNMM recommande aux médecins qui adhèrent à l'accord, d'appliquer les dispositions du présent accord qui régissent les honoraires également aux prestations énumérées à l'article 34 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et qui ne sont pas mentionnées à l'article 1^{er} de l'arrêté royal du 29 décembre 1997 sur l'assurance soins de santé des indépendants, pour les travailleurs indépendants, les aidants et les membres non rémunérés des communautés religieuses qui se sont affiliés à un service de soins de santé en vertu de l'article 27bis de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités.

13.4 Financement des organisations représentatives de médecins : la CNMM recommande que soit pris dès que possible un arrêté royal en la matière assurant l'exécution du texte légal et prévoyant la prise en charge du coût par les frais d'administration du Service des soins de santé de l'INAMI.

13.5. La CNMM recommande à l'Autorité de tutelle de placer les moyens financiers pour les interventions forfaitaires de dialyse dans les honoraires des médecins.

13.6 La Commission nationale médico-mutualiste recommande la suppression de l'application du "Chapitre IV" concernant les médicaments dans les hôpitaux pour certaines spécialités.

13.7. La Commission nationale recommande une simplification administrative des règles de prescription en matière de médicaments et la limitation du nombre de médicaments dans le Chapitre IV. Les dispositions réglementaires devront être précisées afin d'assurer la sécurité juridique. En outre des outils d'information devront être mis à disposition du corps médical. Elle insiste en même temps pour se concerter de façon régulière avec la Commission de Remboursement des Médicaments au sujet de mesures qui ont un impact significatif sur les contraintes administratives imposées aux prescripteurs

13.8. La CNMM s'engage dans les plus brefs délais à donner l'information nécessaire aux dispensateurs de soins pour l'application concrète des Guidelines d'imagerie médicale. L'INAMI organisera des sessions de formation pour encourager les bonnes pratiques de prescription d'imagerie médicale.

13.9. La Commission nationale médico-mutualiste recommande l'introduction d'une obligation de transparence en matière de financement de la RMN de manière telle que les chefs de service en imagerie médicale aient connaissance des montants qui sont disponibles pour le financement de la RMN via les sous-parties A3 et B3 du budget des hôpitaux.

13.10. La CNMM cherchera de manière préférentielle dans le cadre de l'objectif budgétaire partiel 2007, les moyens pour des honoraires augmentés pour la consultation du soir.

14. Conditions d'application de l'accord.

14.1. Le médecin qui adhère aux termes du présent accord fournira aux bénéficiaires de l'assurance soins de santé obligatoire les documents nécessaires au remboursement de ses prestations par cette assurance.

14.2. Médecins de médecine générale.

Pour les médecins de médecine générale, sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire, les taux d'honoraires et les indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués à toutes les visites au domicile du malade, aux consultations en cabinet organisées en sorte de représenter soit au moins dix heures par semaine, réparties sur trois jours au moins, soit un nombre d'heures correspondant aux trois-quarts de l'activité en cabinet, à des heures qui conviennent normalement aux bénéficiaires de l'assurance soins de santé, ainsi qu'aux prestations techniques effectuées au cours de ces visites ou consultations.

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

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

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

14.2.3. 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;

14.2.4. les consultations données sur rendez-vous, en dehors des consultations prévues à l'alinéa précédent ou perturbant leur déroulement normal.

Il est entendu cependant que le malade en traitement, invité à se représenter au cabinet du médecin, a droit à l'application, pour chaque consultation, du régime d'honoraires de la première consultation.

14.3. Médecins spécialistes.

Pour les médecins spécialistes, sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire, les taux d'honoraires et d'indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués aux consultations et aux prestations techniques effectuées dans les conditions suivantes :

14.3.1. lorsque le médecin spécialiste exerce en tout ou en partie en milieu hospitalier, si son activité aux conditions de l'accord représente soit une durée de vingt-cinq heures par semaine au moins comportant son activité hospitalière et/ou ses consultations ouvertes soit les trois-quarts de son activité globale;

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

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

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

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

14.3.2.3. les prestations demandées sur rendez-vous, en dehors des consultations prévues à l'alinéa précédent.

Il est entendu cependant que le malade en traitement, invité par le médecin à se représenter au cabinet, a droit à l'application pour chaque prestation du régime d'honoraires de la première prestation.

14.4. 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 57.561,82 € par ménage, augmentés de 1918,02 € par personne à charge, lorsqu'il n'y a qu'un seul titulaire;

Soit 38.373,85 € par titulaire, augmentés de 1918,02 € par personne à charge, lorsqu'il y a plusieurs titulaires.

14.5 En vue de donner aux médecins et aux patients, entre autres, une meilleure idée de leurs droits et obligations réciproques et de garantir leur sécurité juridique, les parties sont d'accord sur les points suivants :

- l'harmonisation des termes de l'accord avec les dispositions légales de l'article 50, § 3, de la loi SSI, en ce sens que les médecins sont censés appliquer les tarifs conclus, à l'exception des périodes et des endroits pour lesquels ils ont signalé qu'ils n'appliqueraient pas les termes de l'accord;

- la précision selon laquelle des exigences particulières doivent bien entendu émaner du patient et ne pas faire suite à la manière dont le médecin organise sa pratique;

- l'adhésion partielle concerne tant des consultations que des prestations techniques.

Les contestations concernant le point 14. feront l'objet d'un arbitrage par un collège paritaire composé par la Commission nationale médico-mutualiste et présidé par un fonctionnaire de l'INAMI.

15. 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 après avoir pris l'avis du Conseil technique médical.

16. Durée de l'accord.

16.1. Le présent accord est conclu pour une période de deux ans (soit du 1^{er} janvier 2006 au 31 décembre 2007).

16.2. L'accord peut être dénoncé, par lettre motivée recommandée à la poste, adressée au Président de la Commission nationale médico-mutualiste :

16.2.1. par une des parties :

16.2.1.1. avant le 1^{er} décembre 2006 si elle estime que les moyens financiers complémentaires octroyés pour l'année budgétaire qui suit, ne sont manifestement pas suffisants pour garantir la bonne exécution de l'accord.

Sans préjudice du point 16.2.1.4., cette dénonciation motivée et apportant la preuve du caractère manifeste de l'insuffisance des moyens, produit ses effets au 1^{er} janvier 2007.

16.2.1.2. dans les 30 jours suivant la publication au Moniteur Belge, de mesures de corrections visées au § 8 de l'article 50 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ou dans les 30 jours après que le Ministre ait pris unilatéralement, sur base de l'article 18 de ladite loi coordonnée des mesures qui modifient la nomenclature des prestations de santé.

Cette dénonciation peut être générale ou limitée à certaines prestations ou groupes de prestations et/ou à certains dispensateurs concernés par les mesures de correction lorsque les mesures correctrices non prévues dans ledit accord n'ont pas été approuvées par les représentants du corps médical selon les règles prévues à l'article 50, §§ 2, 3 et 8, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994. En cas de dénonciation partielle, la lettre recommandée contiendra aussi les références précises des prestations ou groupes de prestations et/ou des dispensateurs qui sont visés.

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

16.2.1.3. Les dispositions du présent accord s'appliquent à toutes les prestations qui sont reprises à la nomenclature des prestations de santé le 31 décembre 2005. Si la nomenclature ainsi décrite est modifiée unilatéralement par l'Autorité en 2006 ou 2007 l'accord n'est plus d'application pour les dispositions modifiées de la nomenclature à partir de la date d'entrée en vigueur de cette modification, sauf si cette modification a obtenu l'approbation de la CNMM.

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

16.2.1.5. 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.

16.2.2. par un médecin :

16.2.2.1. avant le 1^{er} novembre 2006.

Cette dénonciation produit ses effets au 1^{er} janvier 2007.

16.2.2.2. dans les 30 jours suivant la publication au *Moniteur belge*, de mesures de corrections visées au § 8 de l'article 50 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ou dans les 30 jours après que le Ministre ait pris unilatéralement, sur base de l'article 18 de ladite loi coordonnée des mesures qui modifient la nomenclature des prestations de santé.

Cette dénonciation peut être générale ou limitée à certaines prestations ou groupes de prestations et/ou à certains dispensateurs concernés par les mesures de correction lorsque les mesures correctrices non prévues dans ledit accord n'ont pas été approuvées par les représentants du corps médical selon les règles prévues à l'article 50, §§ 2, 3 et 8, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994. En cas de dénonciation partielle, la lettre recommandée contiendra aussi les références précises des prestations ou groupes de prestations et/ou des dispensateurs qui sont visés.

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

17. Formalités.

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

Cette lettre comportera les mentions suivantes :

Je soussigné,
 Nom et prénoms :
 Adresse complète :

 Qualité :
 Médecin de médecine générale/Médecin spécialiste en
 (Biffer la mention inutile)
 Numéro d'identification I.N.A.M.I. :
 déclare refuser d'adhérer aux termes de l'accord national médico-mutualiste, conclu le 20 décembre 2005
 Date :
 Signature :

17.2. Les médecins, autres que ceux qui ont notifié, conformément aux dispositions prévues sous 17.1., leur refus d'adhésion aux termes de l'accord conclu le 20 décembre 2005 à la Commission nationale médico-mutualiste, sont réputés d'office avoir adhéré à cet accord pour leur activité professionnelle complète, sauf s'ils ont, dans les trente jours qui suivent la publication de cet accord au *Moniteur belge*, communiqué les conditions de temps et de lieu dans lesquelles, conformément aux clauses dudit accord :

- a) ils appliqueront les montants d'honoraires qui y sont fixés;
- b) ils n'appliqueront pas les montants d'honoraires qui y sont fixés.

Cette communication doit se faire par lettre recommandée à La Poste adressée à la Commission nationale médico-mutualiste, et ce à l'adresse mentionnée sous 17.1. La lettre comportera les mentions suivantes :

1° Pour les médecins de médecine générale :

Je soussigné,
 Nom et prénoms :
 Adresse complète :

 Numéro d'identification I.N.A.M.I. :
 déclare limiter mon activité professionnelle exercée conformément aux clauses de l'accord national médico-mutualiste, conclu le 20 décembre 2005, dans les conditions de temps et de lieu suivantes :

a) Consultations au cabinet représentant au moins dix heures par semaine, réparties sur trois jours au moins :

Jours	Lieu	Heures
.....
.....

b) Consultations au cabinet représentant au moins les trois-quarts de l'activité professionnelle hebdomadaire :

Jours	Lieu	Heures
.....
.....

L'activité exercée pour les consultations au cabinet en dehors des conditions de l'accord national médico-mutualiste est la suivante :

Jours	Lieu	Heures
.....
.....

Date :
 Signature :
 2° Pour les médecins spécialistes :

Je soussigné,
 Nom et prénoms :
 Adresse complète :

Médecin spécialiste en :

Numéro d'identification I.N.A.M.I. :

déclare limiter mon activité professionnelle exercée conformément aux clauses de l'accord national médico-mutualiste, conclu le 20 décembre 2005, dans les conditions de temps et de lieu suivantes :

a) Médecin spécialiste exerçant son activité professionnelle en tout ou en partie en milieu hospitalier :

— Activité professionnelle représentant vingt-cinq heures par semaine au moins :

Temps plein :

Total des heures par semaine	Etablissement
.....

Temps partiel :

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

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

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

Jours	Lieu	Heures
.....
.....

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

Jours	Lieu	Heures
.....
.....

b) Médecin spécialiste exerçant son activité professionnelle exclusivement en dehors du milieu hospitalier :

- Consultations au cabinet représentant au moins vingt heures par semaine :

Jours	Lieu	Heures
.....
.....

- Consultations au cabinet représentant au moins les trois-quarts de l'activité professionnelle :

Jours	Lieu	Heures
.....
.....

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

Jours	Lieu	Heures
.....
.....

Date :

Signature :

17.3. Tous changements ultérieurs des conditions de temps et de lieu dans lesquelles, conformément aux clauses de l'accord, les médecins visés sous 17.2. appliqueront les montants d'honoraires qui y sont fixés, peuvent être appliqués soit après un préavis de trente jours soit, sans préavis, après affichage de ces changements dans leur cabinet de consultation.

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

17.4. Les médecins n'ayant pas notifié, dans les délais fixés par la loi, leur refus d'adhérer à l'accord afficheront dans leur salle d'attente et, en ce qui concerne les institutions, soit dans la salle d'attente, soit dans le local de réception, soit dans le local d'inscription, un document établi suivant les directives du Service des soins de santé de l'I.N.A.M.I. en consultation avec le Conseil national de l'Ordre des Médecins, et qui indique s'ils ont adhéré à l'accord ainsi que les jours et heures de consultation auxquels ils appliquent les tarifs de cet accord et ceux auxquels ils ne les appliquent pas.

Fait à Bruxelles, le 20 décembre 2005.

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

Les Représentants du banc des organismes assureurs.

FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2005/23127]

Nationaal Akkoord Geneesheren-Ziekenfondsen 2006-2007

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 (NCGZ) onder het voorzitterschap van de heer Gabriel PERL op 20 december 2005 het volgende akkoord gesloten :

1. Partiële begrotingsdoelstelling 2006.

De NCGZ neemt kennis van het bedrag van de partiële begrotingsdoelstelling 2006 dat door de Algemene raad is vastgesteld op 5.333.123 duizend euro.

2. Honoraria 2006/2007 : indexering en herwaardering.

Vóór 15 december 2006 zal over een indexering van de honoraria voor het jaar 2007 worden onderhandeld volgens dezelfde criteria zoals deze die voorzien zijn voor het jaar 2006. Dit houdt in dat de groepen van technische verstrekkingen die over de voorbije jaren een sterke stijging hebben gekend, niet worden geïndexeerd.

Projecten	Toepassingsdatum	2006 Begroting (€ duizend)	2007	2008	Weerslag op jaarbasis
1. Indexeringen					
1.1. H0607/01 De honoraria, zoals ze waren vastgesteld op 31.12.2005, worden lineair geïndexeerd met 2,26 %, met uitzondering van de groepen van technische verstrekkingen die in de afgelopen 4 jaar een gemiddelde jaarlijkse groei van meer dan 7,75 % hebben gekend en met uitzondering van het GMD en de honoraria en forfaits voor klinische biologie	01.01.2006	121.731 - 9.302 - 1.723 <u>- 21.142</u> 89.564			89.564
1.2. H0607/02 De honoraria en forfaits voor klinische biologie worden lineair geïndexeerd met 2,26 %	01.07.2006	10.571	10.571		21.142
Totaal indexering		100.135	10.571		110.706
2.1. Honoraria van de huisartsen					
	Toepassingsdatum	2006 Begroting (€ duizend)	2007	2008	Weerslag op jaarbasis
2.1.1. H0607/03 De beschikbaarheidshonoraria worden uitgebreid tot de vrijdagavond en tot de vooravond van de wettelijke feestdagen		2.073			2.073
2.1.2. H0607/04 De honoraria voor het GMD (102771 en 102793) worden op 22 € gebracht	01.02.2006	8.974	816		9.790
2.1.3. H0607/05 De honoraria voor het GMD (102771 en 102793) worden op 25 € gebracht	01.10.2007		3.657	10.972	14.629
2.1.4. H0607/06 De raadplegingen (weekend, nacht) en de verhoogde en multiple bezoeken (+ palliatieve prestaties) worden geherwaardeerd teneinde één van de volgende multiplicators te bereiken : ×1 : overdag-normaal ×1,33 : avond ×1,5 : weekend ×2 : nacht-raadpleging ×2,3 : nacht-huisbezoek 0,80 dubbel bezoek 0,75 drievoudig bezoek	01.04.2006	7.684	2.561		10.245

Projecten	Toepassingsdatum	2006 Begroting (€ duizend)	2007	2008	Weerslag op jaarbasis
2.1.5. H0607/07 De bezoeken in een ziekenhuis Codes 109723 en 109734 worden verhoogd tot de waarde van de prestatie 103132, ttz. 30,68 €	01.04.2006	78	26		104
Totaal huisartsen		18.809	7.060	10.972	36.841
2.2. Honoraria van de geneesheren-specialisten	Toepassingsdatum	2006 Begroting (€ duizend)	2007	2008	Weerslag op jaarbasis
2.2.1. H0607/08 De honoraria van gynaecologie/verloskunde worden lineair geherwaardeerd met 4 % : code 423010-423021 code 424012-424023	01.02.2006	936	85		1.021
2.2.2. H0607/09 De honoraria van gynaecologie/ verloskunde worden bijkomend verhoogd met 6 %	01.02.2006	1.375	125		1.500
2.2.3. H0607/10 De honoraria van gynaecologie/ verloskunde worden bijkomend verhoogd met 5 %	01.10.2007		313	937	1.250
2.2.4. H0607/11 Ziekenhuisgeneeskunde (zie punt 4 van het akkoord, eerste fase)	01.07.2006	10.000	10.000		20.000
2.2.5. H0607/12 Ziekenhuisgeneeskunde (zie punt 4 van het akkoord, tweede fase)	01.10.2007		3.125	9.375	12.500
Totaal geneesheren-specialisten		12.311	13.648	10.312	36.271
TOTAAL HONORARIA 2006/2007		131.255	31.279	21.284	183.818

3. Nomenclatuur 2006 (bijlage aan het koninklijk besluit van 14 september 1984)

Projecten Akkoord 2004-2005	Toepassingsdatum	2006 Begroting (€ duizend)	2007	2008	Weerslag op jaarbasis
N0405/06* Terugbetaling ambulante oftalmologische extra-murale heelkunde/ art.15	2006	pm			
N0405/10* Liaisongeriatrie Code : 599045	2006	pm			
N0405/12* Multidisciplinaire heelkundige ingreep	2006	pm			
N0405/13* Stagedoende huisartsen 005-006	2006	pm			
N0405/19* Harmonisering van het voorschrijven van contrastmiddelen in relatie met de nomenclatuur medische beeldvorming	2006	pm			
N0405/21* Taping van de enkel Nieuwe code	2006	pm			

* De NCGZ beveelt aan dat deze projecten ten laatste op 1 juli 2006 in werking treden.

Projecten Akkoord 2006-2007	Toepassingsdatum	2006 Begroting (€ duizend)	2007	2008	Weerslag op jaarbasis
N0607/00 Herstructurering en herwaardering van de urgentiegeneskunde (Pt 1 - Minister - TGR 27.10.2005)	01.02.2006	10.083	917		11.000

Projecten Akkoord 2006-2007	Toepassings- datum	2006 Begroting (€ duizend)	2007	2008	Weerslag op jaarbasis
N0607/01 Herwaardering technische permanentie in de ziekenhuislabo's (Pt 2 - Minister - TGR 27.10.2005) Forfaitaire honoraria per opname Code : 591113 Code : 591124	01.04.2006	6.750	2.250		9.000
N0607/02 Pedopsychiatrie (Pt 3 - Minister - TGR 27.10.2005) - Psychotherapie door mediatetherapie : art 2, I - 109675 - Psychiatrische evaluatie : art 2, K - 109410 - Kinder- en jeugdliasonpsychiatrie : art 25 - 596562 en 596584	01.02.2006	2.521	229		2.750
N0607/03 Ziekenhuispediatrie E/230 (Pt 5 - Minister - TGR 27.10.2005) Toezichtshonoraria Code : 598802 Code : 598220	01.02.2006	2.397	218		2.615
N0607/04 Geriatric (Pt 6 - Minister - TGR 27.10.2005) (in combinatie met N0405/10) - Pluridisciplinaire raadpleging : 2, A - 102233 - Liaisongeriatric : 599045 - Ontslagonderzoek uit G : 599060 - Herwaardering van de toezichtshonoraria in G : 599126 en 598286	01.02.2006	765	70		835
N0607/05 Chronische pijn (Pt 7 - Minister - TGR 27.10.2005) Selectie van 8 verstrekingen	01.02.2006	550	50		600
N0607/06 (Pt 8 - Minister - TGR 27.10.2005) Herwaardering toezichtshonoraria in chroni- sche Sp-diensten : Codes 599406 en 599421	01.02.2006	890	81		971
N0607/07 Spirometrie / huisarts : Nieuwe code	01.02.2006	600			600
N0607/08 NKO - endonasale heelkunde en meervoudige velden	2006	0			0
N0607/09 Oftalmologie - cataract ingrepen met facoemul- sificatie	2006	3.000			3.000
N0607/10 Oncologische heelkunde - Hoofd en hals	2006	700			700
N0607/11 NKO - Sinusspoeling PROETZ code : 355935-355946 Besparingen	2006	-150			-150
N0607/12 URO - Schrapping cystostomie : code 260374-260385 Nieuwe code voor blaaspunctie Besparingen	2006	-350			-350
N0607/13 Moleculaire biologie en microbiologie verslag KCE Nomenclaturisering	2006	3.000	4.000		7.000
Totaal nomenclatuur		30.756	7.815		38.571

4. Ziekenhuisgeneeskunde

De NCGZ is van oordeel dat een herwaardering van de honoraria noodzakelijk is voor de geneesheren-specialisten werkzaam in ziekenhuizen, die instaan voor de continuïteit van de zorgen. Hiertoe zal zij een meerjarenplan ontwikkelen gericht op een betere honorering van de betrokken geneesheren.

Bovendien zullen de besluiten van de werkgroep spoed- en urgentiegeneeskunde worden gepreciseerd.

De NCGZ gelast de Technische geneeskundige raad de voorstellen met betrekking tot spoedraadplegingshonoraria (zie project N0607/00 - 11.000 duizend € op jaarbasis) en permanentiehonoraria te concretiseren. Daarnaast is de NCGZ belast met het uitwerken van voorstellen met betrekking tot beschikbaarheidshonoraria. Een bijkomend budget van 32.500 duizend € op jaarbasis wordt ter beschikking gesteld voor de permanentiehonoraria en de beschikbaarheidshonoraria.

5. Klinische biologie en medische beeldvorming

5.1. De NCGZ stelt voor de globale begroting van de financiële middelen van de medische beeldvorming voor 2006 op 521.962 duizend € vast te stellen. Zijn in deze globale begroting niet inbegrepen: de NMR, de CT-scan, de connexiteit (artikel 17^{ter}) en artikel 17^{quater} van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

5.2. De NCGZ engageert zich om de forfaitaire honoraria per opname voor medische beeldvorming vanaf 2007 op basis van meer objectieve criteria vast te stellen.

5.3. De NCGZ stelt voor de globale begroting van de financiële middelen van de klinische biologie voor 2006 op 955.820 duizend € vast te stellen, dit met inbegrip van de moleculaire biologie en de technische permanentie.

6. Globaal medisch dossier

Onder voorbehoud van de conclusies betreffende punt 9 van onderhavig akkoord, bedraagt de jaarlijkse basisvergoeding voor de geaccrediteerde huisartsen als tussenkomst in de administratieve uitgaven verbonden aan het beheer van een globaal medisch dossier in 2006 129,59 €.

Principes

- De huisarts speelt een belangrijke rol in de organisatie van de geneeskundige verzorging in ons land
- De invoering van het « globaal medisch dossier » moet daartoe bijdragen
- Het GMD is een instrument dat de kwaliteit van de zorg bevordert en is niet bestemd voor controle
- De NCGZ bevestigt die principes en wil het functionele gebruik van het « GMD » stimuleren
- Het GMD is opgenomen in de «Aanbevelingen van goede medische praktijk» van de WVVH en de SSMG
- Het « GMD » bevordert de optimale uitwisseling van informatie tussen de verschillende zorgverleners
- Het kan ook een instrument zijn voor een eventuele collectieve exploitatie van de medische gegevens in het raam van Volksgezondheid
- Een elektronisch «GMD» betekent meer gebruikstoepassingen (uitwisseling van informatie tijdens de wachtdiensten, uitwisseling met de andere zorgverleners, eenvoudiger administratieve uitwisseling,...)
- Het « GMD » zorgt er niet alleen voor dat de vertrouwensband van de patiënt met zijn huisarts sterker wordt, maar ook dat de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt voor zijn gezondheid toeneemt
- Wettelijke en reglementaire deontologische bepalingen regelen het gebruik ervan

Inhoud

- Het GMD bevat de administratieve gegevens van de patiënt
- Het bevat medische gegevens zoals de medische voorgeschiedenis, de kritieke punten, de huidige aandoeningen, de aanvullende onderzoeken, het advies van de specialisten, de voorgeschreven geneesmiddelen
- De huisarts neemt systematisch alle relevante gegevens erin op die hij zelf verzamelt, alsook de gegevens die hij van alle andere zorgverleners ontvangt, voor zover de patiënt zijn toestemming verleent en in overeenstemming met de wetten en reglementen (eerbied voor het privéleven, patiëntenrechten)
- Hij beheert die gegevens en stelt, indien nodig, preventieve (vaccinaties, screenings) of curatieve geïndividualiseerde acties voor.

Gebruik

Een eerste doelstelling is de kwalitatieve zorgverlening via het verzamelen van alle relevante gegevens op één plaats.

Een tweede doelstelling is de betere gegevensuitwisseling tussen de huisartsen en de geneesheren-specialisten, wat inhoudt dat de resultaten van de diagnostische en therapeutische handelingen worden meegedeeld en dat de onnodige herhaling van technische onderzoeken kan worden vermeden.

Het gebruik van informatietechnologie is een meerwaarde.

Een derde doelstelling is de optimale tenlasteneming van de patiënten die lijden aan specifieke pathologieën waarvoor een nauwere samenwerking tussen de huisartsen en de geneesheren-specialisten vereist is. Het overleg tussen de eerstelijnszorgverleners en die van de tweede en derde lijn moet worden gestimuleerd om het basisprincipe voor een optimale organisatie van de geneeskundige verzorging een vaste vorm te geven. In dat raam kan een beter overleg tussen de zorgverleners een concrete vorm aannemen via samenwerking (zorgtrajecten) om te verhinderen dat zieken te laat naar de geneesheer-specialist worden doorverwezen of dat die laatste de functie van de huisarts overneemt.

Een vierde doelstelling is het op vrijwillige basis deelnemen aan de verzameling van geanonimiseerde epidemiologische gegevens inzake Volksgezondheid. Via softwareprogramma's met een kwaliteitslabel wordt die gegevensverzameling gemakkelijker (cf. follow-up van het percentage van de risicogroep dat met het griepvaccin is ingeënt, follow-up van de mammografieën bij de populatie die daarvoor in aanmerking komt, screening van de cardiovasculaire aandoeningen,...)

De NCGZ kan aan de NRKP vragen aanbevelingen te richten aan de geneesheren betreffende het GMD, volgens de overeengekomen principes.

7. Zorgtrajecten

De NCGZ geeft aan de werkgroep opgericht bij het Nationaal akkoord van 15 december 2003 de opdracht om tegen 1 april 2006 concrete maatregelen uit te werken waarbij zowel de rol van de huisarts als van de geneesheer-specialist wordt gevaloriseerd en de patiënt wordt aangemoedigd. Deze maatregelen moeten tegen 1 juli 2006 operationeel zijn voor patiënten met diabetes type 2 en voor patiënten met chronische nierinsufficiëntie. Het ter beschikking zijn van het budget van 7.000.000 € op 1 juli 2006 (14.000.000 € op jaarbasis) is afhankelijk van de voorwaarde dat tegen 1 juli 2006 door de NCGZ over deze maatregelen een beslissing getroffen is (totaal budget: 25.000.000 € op jaarbasis).

8. Accreditering

8.1. Het forfaitair accrediteringshonorarium wordt geïndexeerd op 1 januari 2006 (547,14 €).

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

9. Impulsfonds huisartsgeneeskunde

De NCGZ heeft kennis genomen van de voorstellen van de Regering inzake de ondersteuning van de huisartsgeneeskunde en van het budget van 5.000.000 € dat daarvoor in de begroting 2006 is opgenomen.

De NCGZ beschouwt een accurate en performante identificatie van de huisartsenpraktijken (solopraktijken en andere) als een fundamentele voorwaarde voor de omzetting van de voorstellen van de Regering. De NCGZ adviseert dat deze identificatie zou gebeuren door het R.I.Z.I.V. op basis van een bevraging bij de huisartsen die in de loop van 2006 zal plaatsvinden.

De NCGZ beveelt de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid aan leningsformules uit te werken ten behoeve van startende artsen (met eventueel nulrente en kwijtschelding van kapitaal of een deel ervan) via het participatiefonds.

De NCGZ zal concrete voorstellen uitwerken met betrekking tot de financiering van groepspraktijken en andere samenwerkingsvormen.

10. Sociaal statuut

10.1. Met het oog op het vergroten van de aantrekkingskracht van de toetreding tot het akkoord adviseert de NCGZ dat :

1° het bedrag van het sociaal statuut voor het jaar 2006 wordt vastgesteld op minimum 3.141,98 € voor de geneesheren die van rechtswege geacht worden tot onderhavig akkoord te zijn toegetreden voor hun volledige beroepsactiviteit. Een hoger bedrag is mogelijk in samenhang met de uitvoering van punt 10.2.

2° het bedrag van het sociaal statuut voor het jaar 2006 wordt vastgesteld op 1.860,16 € voor de geneesheren die binnen de dertig dagen na de bekendmaking van dit akkoord in het *Belgisch Staatsblad* aan de NCGZ de voorwaarden inzake tijd en plaats hebben meegedeeld waaronder zij overeenkomstig de bedingen van dit akkoord de daarin vastgestelde honorariumbedragen respectievelijk wel en niet zullen toepassen, en waarbij de beroepsactiviteit uitgeoefend overeenkomstig de bedingen van het akkoord aan de volgende minima beantwoordt :

— voor de huisartsen :

* ofwel raadplegingen in de spreekkamer die tenminste tien uren per week omvatten, verdeeld over tenminste drie dagen;

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

— voor de geneesheren-specialisten die hun beroepsactiviteit geheel of gedeeltelijk uitoefenen in een verplegingsinrichting :

* ofwel tenminste vijftientig uren per week;

* ofwel tenminste drie vierde van de beroepsactiviteit;

— voor de geneesheren-specialisten die hun beroepsactiviteit uitsluitend buiten een verplegingsinrichting uitoefenen :

* ofwel raadplegingen in de spreekkamer die tenminste twintig uren per week omvatten;

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

De NCGZ zal haar advies met betrekking tot de bedragen van het sociaal statuut voor 2007 uitbrengen vóór 30 juni 2006.

De NCGZ dringt er bij de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid sterk op aan dat het koninklijk besluit tot vaststelling van de bedragen voor het jaar 2006 en voor het jaar 2007 zo snel mogelijk worden bekendgemaakt, in het bijzonder voor de toepassing van het project van vereenvoudiging van de procedure voor de toekenning van de sociale voordelen aan de geneesheren die is opgenomen in de Regeringsnota voorgelegd aan de Algemene raad op 10 oktober 2005.

10.2. De NCGZ onderzoekt tegen 31 maart 2006 de mogelijkheid tot het instellen van een sociaal statuut dat evolueert in functie van akkoordtrouw en dat rekening houdt met een drempelactiviteit (zie conclusie van de WG7 - Doc. NCGZ 2005-52).

11. Derdebetalersregeling.

11.1. 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.

11.2. De NCGZ adviseert aan de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid het koninklijk besluit van 10 oktober 1986 tot uitvoering van artikel 53, achtste lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, in 2006 of 2007 te wijzigen zodat de derdebetalersregeling kan worden toegepast voor de prestaties met codenummers 102410, 102432, 104252 en 104274.

12. Correctiemaatregelen.

Het onderhavige akkoord wordt geacht de bepalingen te bevatten voorzien in artikel 51, § 2, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 en bevat de volgende correctiemaatregelen :

- evenredige selectieve transfer van per handeling betaalde honoraria naar forfaitaire honoraria;

- de voorschrijver meer bewust maken met het oog op een doelgerichter voorschrijfgedrag;

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

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

- en/of evenredige selectieve vermindering van de honoraria voor bepaalde diagnostische verstrekkingen die nader zullen worden gepreciseerd door de NCGZ op het moment waarop het nodig is correctiemaatregelen te nemen.

Wat betreft de besparingsmaatregelen bedoeld in de artikelen 18 en 40, § 1, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 en conform de geest van de wet, kunnen de bepalingen van artikel 51, § 2, van genoemde wet enkel van toepassing zijn indien er voorafgaandelijk een dialoog en overleg heeft plaatsgevonden tussen de Minister en de NCGZ.

13. Opdrachten, projecten en aanbevelingen.

13.1. De NCGZ neemt 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 2006 in acht te nemen, nog vóór het akkoord in werking is getreden.

13.2. De NCGZ beveelt de geneesheren die niet tot het akkoord toetreden aan de honoraria die voortvloeiën uit het akkoord in acht te nemen ten aanzien van de rechthebbenden die de voorkeurregeling genieten, de patiënten die recht hebben op de MAF en de chronisch zieken.

13.3. De NCGZ beveelt de geneesheren die toetreden tot het akkoord aan de bepalingen van dit akkoord die de honoraria regelen eveneens toe te passen op de verstrekkingen opgesomd in artikel 34 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 en die niet zijn vermeld in artikel 1 van het koninklijk besluit van 29 december 1997 op de ziekteverzekering voor zelfstandigen, helpers en niet bezoldigde leden van de kloostergemeenschappen die toegetreden zijn tot een dienst voor geneeskundige verzorging, georganiseerd krachtens het artikel 27bis van de wet van 6 augustus 1990 op de ziekenfondsen en landsbonden van de ziekenfondsen.

13.4. Financiering van de representatieve artsorganisaties : de NCGZ beveelt aan dat er, zodra zulks mogelijk is, een koninklijk besluit terzake wordt genomen dat de uitvoering van de wettekst verzekert en dat voorziet dat de kosten ten laste worden genomen door de administratiekosten van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V.

13.5. De NCGZ beveelt de voogdij-overheid aan de financiële middelen voor de forfaitaire tegemoetkoming inzake dialyse onder te brengen bij de honoraria voor de geneesheren.

13.6. De NCGZ beveelt de opheffing aan van de toepassing van «hoofdstuk IV» betreffende de geneesmiddelen in de ziekenhuizen voor bepaalde specialiteiten.

13.7. De NCGZ beveelt een administratieve vereenvoudiging aan van de voorschriftregels inzake geneesmiddelen en het beperken van het aantal geneesmiddelen dat in «hoofdstuk IV» wordt geplaatst. De reglementaire bepalingen moeten gepreciseerd worden teneinde de rechtszekerheid te verzekeren. Bovendien moeten de nodige informatiemiddelen ter beschikking gesteld worden van het medisch korps. Tevens dringt zij aan op regelmatig overleg met de Commissie terugbetaling geneesmiddelen bij maatregelen die een betekenisvolle impact hebben op de administratieve verplichtingen opgelegd aan voorschrijvers.

13.8. De NCGZ engageert zich om zo spoedig mogelijk informatie te verlenen aan de zorgverleners voor de concrete toepassing van de richtlijnen medische beeldvorming. Het R.I.Z.I.V. zal vormingssessies organiseren om de goede praktijk inzake het voorschrijven van medische beeldvorming aan te moedigen.

13.9. De NCGZ beveelt de invoering aan van een verplichting tot transparantie inzake de NMR-financiering, zodat de diensthoofden medische beeldvorming kennis hebben van de bedragen die via de onderdelen A3 en B3 van het ziekenhuisbudget beschikbaar zijn voor de financiering van de NMR.

13.10. De NCGZ zal in het kader van de partiële begrotingsdoelstelling voor het jaar 2007 preferentieel middelen zoeken voor een verhoogd honorarium voor de raadpleging 's avonds.

14. Toepassingsvoorwaarden van het akkoord

14.1. De geneesheer die toetreedt tot de bedingen van het huidige akkoord, zal aan de rechthebbenden van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging de documenten bezorgen die nodig zijn voor de vergoeding van zijn verstrekkingen door deze verzekering.

14.2. Huisartsen.

Behalve wanneer de rechthebbende bijzondere eisen stelt, worden voor de algemeen geneeskundigen de honorariumbedragen en de reisvergoedingen, vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, toegepast op alle bezoeken bij de zieke thuis, op de raadplegingen in de spreekkamer die zó zijn georganiseerd dat ze hetzij ten minste tien uur per week, verdeeld over ten minste drie dagen, hetzij een aantal uren vertegenwoordigen dat overeenstemt met drie vierde van de activiteit in de spreekkamer, op uren die normaal passen voor de rechthebbenden van de verzekering voor geneeskundige verzorging, alsmede op de tijdens die bezoeken of raadplegingen verrichte technische verstrekkingen.

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

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

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

14.2.3. 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;

14.2.4. de raadplegingen volgens afspraak, buiten de in het vorige lid bedoelde raadplegingen of die de normale gang ervan verstoren.

Afgesproken is evenwel dat de zieke in behandeling, die verzocht wordt zich opnieuw in de spreekkamer van de geneesheer aan te melden, voor elke raadpleging recht heeft op de toepassing van de honorariumregeling die gold voor de eerste raadpleging.

14.3. Geneesheren-specialisten.

Behalve wanneer de rechthebbende bijzondere eisen stelt, worden voor de geneesheren-specialisten de honorariumbedragen en de reisvergoedingen, vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, toegepast op de raadplegingen en op de technische verstrekkingen die onder de volgende voorwaarden worden verricht :

14.3.1. wanneer de geneesheer-specialist zijn specialisme geheel of gedeeltelijk in een verplegingsinrichting uitoefent, indien zijn activiteit volgens de voorwaarden van het akkoord, hetzij een duur van ten minste vijftwintig uur per week, welke zijn activiteit in de verplegingsinrichting en/of zijn open raadplegingen omvat, hetzij drie vierde van zijn totale activiteit vertegenwoordigt;

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

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

14.3.2.1. het verzoek tot opneming in een afzonderlijke kamer om persoonlijke redenen;

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

14.3.2.3. de volgens afspraak gevraagde verstrekkingen, buiten de het vorig lid bedoelde raadplegingen.

Afgesproken is evenwel dat de zieke in behandeling die door de geneesheer wordt verzocht zich opnieuw in de spreekkamer aan te melden, voor elke verstrekking recht heeft op de toepassing van de honorariumregeling die gold voor de eerste verstrekking.

14.4. De bij dit akkoord vastgestelde hoe grootheden inzake honoraria en reisvergoedingen worden toegepast voor alle rechthebbenden van de verzekering voor geneeskundige verzorging, inclusief de rechthebbenden met recht op de voorkeurregeling, zoals bedoeld in de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, met uitzondering van de rechthebbenden, leden van een gezin waarvan het jaarlijkse belastbaar inkomen hoger ligt dan :

hetzij 57.561,40 € per gezin, verhoogd met 1.918,02 € per persoon ten laste, wanneer er maar één gerechtigde is;

hetzij 38.373,85 € per gerechtigde, verhoogd met 1.918,02 € per persoon ten laste, wanneer er verscheidene gerechtigden zijn.

14.5. Teneinde artsen en patiënten een duidelijker inzicht te verschaffen in hun wederzijdse rechten en plichten en teneinde de rechtszekerheid te garanderen zijn de partijen akkoord over de volgende punten :

- het in overeenstemming brengen van de termen van het akkoord met de wettelijke bepalingen van artikel 50, § 3, van de GVVU-wet, geldt in die zin dat artsen geacht worden de afgesproken tarieven toe te passen, behoudens op tijdstippen en plaatsen waarvoor zij meedeelden de termen van het akkoord niet te zullen toepassen;

- het verduidelijken dat bijzondere eisen uiteraard afkomstig moeten zijn van de patiënt, en niet het gevolg mogen zijn van de wijze waarop de arts zijn praktijk organiseert;

- de gedeeltelijke toetreding heeft betrekking op zowel raadplegingen als technische verstrekkingen.

De betwistingen met betrekking tot punt 14. zullen het voorwerp uitmaken van een arbitrage door een paritair college samengesteld door de NCGZ en voorgezeten door een ambtenaar van het R.I.Z.I.V.

15. 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 bemiddelen nadat ze het advies van de Technisch geneeskundige raad heeft ingewonnen.

16. Duur van het akkoord

16.1. Dit akkoord wordt voor een periode van twee jaar gesloten (namelijk van 1 januari 2006 tot 31 december 2007).

16.2. Het akkoord kan worden opgezegd met een ter post aangetekende brief die aan de voorzitter van de NCGZ is gericht :

16.2.1. door één van de partijen :

16.2.1.1. vóór 1 december 2006 als ze van oordeel is dat de bijkomende financiële middelen die zijn toegewezen voor het volgende begrotingsjaar onmiskenbaar ontoereikend zijn om de goede uitvoering van het akkoord te waarborgen.

Onverminderd punt 16.2.1.4., treedt die gemotiveerde opzegging, die het bewijs levert van het onmiskenbare tekort aan middelen, op 1 januari 2007 in werking.

16.2.1.2. binnen 30 dagen na de bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad* van correctiemaatregelen zoals bedoeld in § 8 van het artikel 50 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 of binnen de 30 dagen nadat de Minister op grond van artikel 18 van genoemde gecoördineerde wet eenzijdig maatregelen genomen heeft die de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen wijzigen.

Deze opzegging kan algemeen zijn of beperkt tot bepaalde verstrekkingen of groepen van verstrekkingen en/of tot bepaalde zorgverleners op wie de correctiemaatregelen betrekking hebben, als de niet in dit akkoord vermelde correctiemaatregelen niet door de vertegenwoordigers van de geneesheren zijn goedgekeurd overeenkomstig de regels vermeld in artikel 50, § 2, 3 en 8 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994. 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.

16.2.1.3. De bepalingen van dit akkoord zijn van toepassing op alle verstrekkingen die op 31 december 2005 in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen zijn vermeld. Wanneer de aldus omschreven nomenclatuur door de overheid eenzijdig gewijzigd wordt in 2006 of 2007, is het akkoord vanaf de inwerkingtreding van deze wijziging niet meer van toepassing op de gewijzigde bepalingen van de nomenclatuur, tenzij deze wijziging de goedkeuring heeft bekomen van de NCGZ.

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

16.2.1.5. 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, paragraaf 4.

16.2.2. door een geneesheer :

16.2.2.1. vóór 1 november 2006.

Die opzegging is van toepassing vanaf 1 januari 2007.

16.2.2.2. binnen 30 dagen na de bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad* van correctiemaatregelen zoals bedoeld in § 8 van het artikel 50 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 of binnen de 30 dagen nadat de Minister op grond van artikel 18 van genoemde gecoördineerde wet eenzijdig maatregelen genomen heeft die de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen wijzigen.

Deze opzegging kan algemeen zijn of beperkt tot bepaalde verstrekkingen of groepen van verstrekkingen en/of tot bepaalde zorgverleners op wie de correctiemaatregelen betrekking hebben, als de niet in dit akkoord vermelde correctiemaatregelen niet door de vertegenwoordigers van de geneesheren zijn goedgekeurd overeenkomstig de regels vermeld in artikel 50, § 2, 3 en 8 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994. 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.

17. Formaliteiten

17.1. De geneesheren die weigeren toe te treden tot de bedingen van dit akkoord, geven kennis van hun weigering binnen 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 is gevestigd bij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, Tervurenlaan 211, 1150 Brussel.

In die brief moet het volgende staan :

Ik, ondergetekende,

Naam en voornaam :

Volledig adres :

.....

.....

Hoedanigheid :

Algemeen geneeskundige / geneesheer-specialist voor

..... (doorhalen wat niet past)

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

verklaar dat ik weiger toe te treden tot de bedingen van het op 20 december 2005 gesloten Nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen.

Datum :

Handtekening :

17.2. De andere geneesheren dan die welke, overeenkomstig de bepalingen die zijn vermeld onder 17.1., kennis hebben gegeven van hun weigering tot toetreding tot de bedingen van het akkoord dat op 20 december 2005 in de NCGZ is gesloten, worden ambtshalve geacht tot dit akkoord te zijn toegetreden voor hun volledige beroepsactiviteit, behalve als zij, binnen dertig dagen na de bekendmaking van dit akkoord in het *Belgisch Staatsblad*, de voorwaarden inzake tijd en plaats hebben meegedeeld waaronder zij, overeenkomstig de bedingen van dit akkoord :

a) de honorariumbedragen zullen toepassen die daarin zijn vastgesteld;

b) de honorariumbedragen niet zullen toepassen die daarin zijn vastgesteld.

Die mededeling moet worden gedaan met een ter post aangetekende brief, gericht aan de NCGZ op het onder 17.1. vermelde adres. In de brief moet het volgende staan :

1° Voor de algemeen geneeskundigen :

Ik, ondergetekende,

Naam en voornaam :

Volledig adres :

.....

.....

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

verklaar mijn beroepsactiviteit, uitgeoefend overeenkomstig de bedingen van het op 20 december 2005 gesloten nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen, te beperken onder de volgende voorwaarden inzake tijd en plaats :

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

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

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

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

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

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

Datum :

Handtekening :

2° Voor de geneesheren-specialisten :

Ik, ondergetekende,

Naam en voornaam :

Volledig adres :

.....

Geneesheer-specialist voor :

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

verklaar mijn beroepsactiviteit, uitgeoefend overeenkomstig de bedingen van het op 20 december 2005 gesloten nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen, te beperken onder de volgende voorwaarden inzake tijd en plaats :

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

- Beroepsactiviteit die ten minste vijftientig uren per week omvat :

Voltijds :

Totaal aantal uren per week	Inrichting
.....

Deeltijds :

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

- Beroepsactiviteit die ten minste drie vierde van de beroepsactiviteit omvat :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Datum :

Handtekening :

17.3. Alle latere wijzigingen van de voorwaarden inzake tijd en plaats waaronder de onder 17.2. bedoelde geneesheren, overeenkomstig de bedingen van het akkoord, de daarin vastgestelde honorariumbedragen zullen toepassen, mogen worden toegepast, ofwel na een opzegging van dertig dagen, ofwel, zonder opzegging, na aanplakking van die wijzigingen in hun spreekkamer.

Die wijzigingen moeten door de betrokken praktizerenden worden meegedeeld aan het secretariaat van de 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.

17.4. De geneesheren die binnen de bij de wet vastgestelde termijn geen kennis hebben gegeven van hun weigering tot toetreding tot het akkoord, moeten in hun wachtkamer en, waar het gaat om de inrichtingen, ofwel in de wachtkamers, ofwel in het ontvangstlokaal, ofwel in het inschrijvingslokaal, een document aanplakken dat is opgemaakt volgens de richtlijnen van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het R.I.Z.I.V. in overleg met de Nationale raad van de Orde der geneesheren en waarin is vermeld of zij tot het akkoord zijn toegetreden en waarin ook de raadplegingsdagen en -uren zijn opgegeven waarop ze de tarieven van dit akkoord toepassen alsmede de raadplegingsdagen en -uren waarop ze die tarieven niet toepassen.

Opgemaakt te Brussel op 20 december 2005

De vertegenwoordigers van de bank van de geneesheren (Bvas-Absym en Kartel-Cartel)

De vertegenwoordigers van de bank van de verzekeringsinstellingen

**FEDERALE OVERHEIDSDIENST VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU**

[2005/23085]

Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering

Het Beheerscomité :

Gelet op de wet van 25 april 1963 betreffende het beheer van de instellingen van openbaar nut voor sociale zekerheid en sociale verzorging, inzonderheid op artikel 18, eerste lid;

Gelet op het koninklijk besluit van 3 april 1997 houdende maatregelen met het oog op de responsabilisering van de openbare instellingen van sociale zekerheid, met de toepassing van artikel 47 van de wet van 26 juli 1996 tot modernisering van de sociale zekerheid en tot vrijwaring van de leefbaarheid van de wettelijke pensioenstelsels;

Gelet op het koninklijk besluit van 24 januari 2002 houdende vaststelling van het statuut van het personeel van de openbare instellingen van sociale zekerheid;

Gelet op het koninklijk besluit van 8 januari 1973 tot vaststelling van het statuut van het personeel van sommige instellingen van openbaar nut, inzonderheid op artikel 3, § 1, 1° en 15°, hersteld bij het koninklijk besluit van 4 augustus 2004;

Gelet op het koninklijk besluit van 2 oktober 1937 houdende het statuut van het Rijkspersoneel, inzonderheid op artikel 3, vervangen bij het koninklijk besluit van 4 augustus 2004;

Gelet op het koninklijk besluit van 4 augustus 2004 betreffende de loopbaan van niveau A van het Rijkspersoneel, inzonderheid op artikel 224, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 4 mei 2005;

Gelet op het feit dat een vakrichting dient toegewezen te worden aan de ambtenaren van niveau A;

Gelet op de beslissing van het Beheerscomité van 1 juni 2005;

Gelet op de akkoorden met betrekking tot de toewijzingen van een vakrichting voorgesteld aan de betrokken ambtenaren enerzijds en door hun hiërarchische meerdere alsook door de Dienst Human Resources anderzijds;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Ambtenarenzaken van 11 oktober 2005;

Na beraadslaagd te hebben, beslist met eenparigheid van stemmen, met ingang van 1 december 2004, een vakrichting toe te wijzen aan de ambtenaren van niveau A, overeenkomstig de tabel opgenomen als bijlage.

De Voorzitter van het Beheerscomité,

L. GOUTRY

De Administrateur-generaal,

J. LIVYNS

**SERVICE PUBLIC FEDERAL SANTE PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT**

[2005/23085]

Caisse auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité

Le Comité de Gestion :

Vu la loi du 25 avril 1963 sur la gestion des organismes d'intérêt public de sécurité sociale et de prévoyance sociale, notamment l'article 18, alinéa 1^{er};

Vu l'arrêté royal du 3 avril 1997 portant des mesures en vue de la responsabilisation des institutions publiques de sécurité sociale, en applications de l'article 47 de la loi du 26 juillet 1996 portant modernisation de la sécurité sociale et assurant la viabilité des régimes légaux des pensions;

Vu l'arrêté royal du 24 janvier 2002 fixant le statut du personnel des institutions publiques de sécurité sociale;

Vu l'arrêté royal du 8 janvier 1973 fixant le statut du personnel de certains organismes d'intérêt public, notamment l'article 3, § 1^{er}, 1° et 15°, rétabli par l'arrêté royal du 4 août 2004;

Vu l'arrêté royal du 2 octobre 1937 portant le statut des agents de l'Etat, notamment l'article 3, remplacé par l'arrêté royal du 4 août 2004;

Vu l'arrêté royal du 4 août 2004 relatif à la carrière du niveau A des agents de l'Etat, notamment l'article 224, modifié par l'arrêté royal du 4 mai 2005;

Vu qu'une filière de métiers doit être attribuée aux agents de niveau A;

Vu la décision du Comité de gestion du 1^{er} juin 2005;

Vu les accords relatifs aux attributions d'une filière de métiers proposée aux agents concernés d'une part et par leur supérieur hiérarchique ainsi que par le Service Ressources humaines d'autre part;

Vu l'accord du Ministre de la Fonction publique, donné le 11 octobre 2005;

Après avoir délibéré, décide à l'unanimité, d'attribuer, à partir du 1^{er} décembre 2004, une filière de métiers aux agents de niveau A, conformément au tableau repris en annexe.

Le Président du Comité de Gestion,

L. GOUTRY

L'Administrateur général,

J. LIVYNS

**Bijlage : Toewijzing van een vakrichting aan de ambtenaren van niveau A
Annexe : Attribution une filière de métiers aux agents de niveau A**

Naam, Voornaam (N/F)/Nom, Prénom (F/N)	Klasse/Classe
1° Vakrichting Overheidsbegroting en Overheidsfinanciën 1° Filière de métiers Budget et Finances publiques	
Financiële en Operationele Diensten Services financier et opérationnels	
Bonga, Djamba (F)	A1
2° Vakrichting Communicatie en Informatie 2° Filière de métiers Communication et Information	