

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'examen 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 "pilote" 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 régulent 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