

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

[C – 2013/22233]

23 AVRIL 2013. — Arrêté royal portant exécution de l'article 52, § 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, cordonnée le 14 juillet 1994, relatif aux maisons médicales

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

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, article 52, § 1^{er}, alinéa 3, remplacé par la loi du 14 janvier 2002;

Vu l'avis de la Commission chargée de l'application de la réglementation concernant le paiement forfaitaire de certaines prestations et de la conclusion des accords concernant le forfait, donné le 7 novembre 2012;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, donné le 28 novembre 2012;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé, donné le 3 décembre 2012;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 7 janvier 2013;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 28 janvier 2013;

Vu l'avis n° 52.946/2 du Conseil d'Etat, donné le 20 mars 2013, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 1°, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

Nous avons arrêté et arrêtons :

CHAPITRE 1^{er}. — *Définitions et généralités*

Article 1^{er}. En vue de l'application du présent arrêté, il faut comprendre par :

1° loi : la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994;

2° Commission : la Commission chargée de l'application de la réglementation concernant le paiement forfaitaire de certaines prestations et de la conclusion des accords concernant le forfait visé à l'article 52, § 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994;

3° nomenclature : la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, fixée par l'arrêté royal du 14 septembre 1984;

4° maison médicale : un dispensateur de soins ou un groupe de dispensateurs de soins comme visé à l'article 32, § 1^{er}, alinéa 2, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994;

5° population stable de la maison médicale : le groupe des bénéficiaires qui sont inscrits depuis au moins un an dans une maison médicale;

6° maison médicale mature : maison médicale qui a conclu depuis au moins deux ans un accord fixant le paiement forfaitaire des prestations et qui compte une population stable de minimum 500 bénéficiaires.

Art. 2. Le présent arrêté règle les conditions dans lesquelles les organismes assureurs et les dispensateurs de soins qui appliquent les tarifs d'honoraires de la convention ou de l'accord visés à l'article 50 de la loi peuvent conclure des accords fixant le paiement forfaitaire des prestations, et stipule les normes selon lesquelles la charge des forfaits est répartie entre les organismes assureurs, notamment par le calcul des montants forfaitaires comme visés à l'article 52, § 1^{er}, alinéa 5, de la loi.

Le paiement forfaitaire des prestations peut couvrir tout ou partie des prestations définies dans la loi qui peuvent être effectuées par tout dispensateur de soins qui applique les tarifs d'honoraires stipulés par les conventions ou les accords.

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2013/22233]

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

ALBERT II, Koning der Belgen,
Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, artikel 52, § 1, derde lid, vervangen door de wet van januari 2002;

Gelet op het advies van de Commissie belast met de toepassing betreffende de forfaitaire betaling van sommige verstrekkingen en met het sluiten van de akkoorden betreffende het forfait, gegeven op 7 november 2012;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole, gegeven op 28 november 2012;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, gegeven op 3 december 2012;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën gegeven op 7 januari 2013;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting van 28 januari 2013;

Gelet op het advies nr. 52.946/2 van de Raad van State, gegeven op 20 maart 2013, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1°, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State;

Op de voordracht van Onze Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

HOOFDSTUK I. — *Definities en Algemene bepalingen*

Artikel 1. Voor de toepassing van dit besluit wordt verstaan onder :

1° de wet : de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

2° de Commissie : de Commissie belast met de toepassing betreffende de forfaitaire betaling van sommige verstrekkingen en met het sluiten van de akkoorden betreffende het forfait bedoeld in artikel 52, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

3° de nomenclatuur : de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, vastgesteld bij het koninklijk besluit van 14 september 1984;

4° medisch huis : een zorgverlener of een groep van zorgverleners zoals bedoeld in artikel 32, § 1, tweede lid van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

5° stabiele populatie van het medisch huis : de groep van rechthebbenden die sedert minstens één jaar ingeschreven zijn in een medisch huis;

6° matuur medisch huis : medisch huis dat sedert minstens twee jaar een akkoord heeft gesloten waarin de forfaitaire betaling van de verstrekkingen wordt bedongen en een stabiele populatie van minstens 500 rechthebbenden telt.

Art. 2. Onderhavig besluit regelt de voorwaarden waaronder de verzekeringsinstellingen en de zorgverleners die de honorariumtarieven van de overeenkomst of van het akkoord bedoeld in artikel 50 van de wet toepassen akkoorden kunnen sluiten waarin de forfaitaire betaling van de verstrekkingen wordt bedongen en stelt de normen vast volgens welke de last der forfaits over de verzekeringsinstellingen wordt verdeeld, inzonderheid via de berekening van de forfaitaire vaste bedragen zoals bedoeld in artikel 52, § 1, vijfde lid, van de wet.

De forfaitaire betaling van de verstrekkingen kan alle of een gedeelte van de in de wet bepaalde verstrekkingen dekken die kunnen worden verricht door iedere zorgverlener die de bij de overeenkomsten of de akkoorden bedongen honorariumtarieven toepast.

Art. 3. Le montant du forfait est fixé en tenant compte du cadre des prestations offertes aux bénéficiaires de l'assurance soins de santé par le dispensateur de soins ou le groupe de dispensateurs qui le réclame, aux conditions déterminées par le dispensateur de soins ou le groupe de dispensateurs.

Art. 4. Les prestations suivantes peuvent être couvertes par le forfait :

1° pour la médecine générale : toutes les consultations et visites;

2° pour la kinésithérapie : toutes les prestations mentionnées dans la nomenclature;

3° pour l'art infirmier : toutes les prestations mentionnées dans la nomenclature.

CHAPITRE II. — Calcul des montants forfaitaires

Art. 5. Le montant forfaitaire mensuel pour chacun des groupes de prestations visés à l'article 4 est fixé annuellement par la Commission conformément aux dispositions du présent arrêté :

1° pour chaque maison médicale mature pour tous les bénéficiaires appartenant à la population stable de la maison médicale;

2° pour chaque maison médicale mature pour les bénéficiaires inscrits dans cette maison médicale mais n'appartenant pas à la population stable de cette maison médicale;

3° pour les bénéficiaires de chaque maison médicale non mature.

Art. 6. § 1^{er} Le forfait mensuel comme visé à l'article 5, 1°, est fixé annuellement conformément aux règles suivantes :

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

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

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

a) la valeur de chaque variable, adaptée par sa multiplication par le rapport entre, d'une part, les dépenses moyennes par bénéficiaire pour le groupe de prestations dans l'année précédente et, d'autre part, les dépenses moyennes totales par bénéficiaire dans la dernière année pour laquelle la variable a été calculée

multipliée par la différence entre

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

et

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

Art. 3. De hoogte van het vast bedrag wordt vastgesteld rekening houdend met het kader van de verstrekkingen die de rechthebbenden van de verzekering voor geneeskundige verzorging worden aangeboden door de zorgverlener of de groep van zorgverleners die erom verzoekt, onder de voorwaarden die de zorgverlener of de groep van zorgverleners bepaalt.

Art. 4. De volgende verstrekkingen kunnen door het vast bedrag worden gedekt :

1° voor de huisartsgeneeskunde : alle raadplegingen en bezoeken;

2° voor de kinesitherapie : alle verstrekkingen opgenomen in de nomenclatuur;

3° voor de verpleegkunde : alle verstrekkingen opgenomen in de nomenclatuur.

HOOFDSTUK II. — Berekening van de forfaitaire bedragen

Art. 5. Het vast maandelijks bedrag voor elk van de groepen van verstrekkingen bedoeld in artikel 4 wordt jaarlijks vastgesteld door de Commissie overeenkomstig de bepalingen van onderhavig besluit :

1° voor elk matuur medisch huis voor alle rechthebbenden behorend tot de stabiele populatie van dat medisch huis;

2° voor elk matuur medisch huis voor de rechthebbenden ingeschreven in dat medisch huis, maar niet behorend tot de stabiele populatie van dat medisch huis;

3° voor de rechthebbenden van elk niet matuur medisch huis.

Art. 6. § 1. Het vast maandelijks bedrag zoals bedoeld in artikel 5, 1°, wordt jaarlijks bepaald overeenkomstig de volgende regels :

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

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

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

a) de waarde van elke variabele, aangepast door de vermenigvuldiging ervan met -de verhouding tussen de gemiddelde uitgaven per rechthebbende voor de groep van verstrekkingen in het voorgaande jaar enerzijds en de totale gemiddelde uitgaven per rechthebbende in het laatste jaar waarvoor de variabele werd berekend

vermenigvuldigd met het verschil tussen

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

en anderzijds

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

§ 2. La Commission communique annuellement au Comité de l'assurance la liste des variables qu'elle utilise pour l'application du § 1^{er}, 3^o.

Si la liste des variables contient d'autres variables que celles énumérées à l'annexe 1 de l'arrêté royal du 4 mai 2012 fixant la méthode de calcul de la clé de répartition normative et les caractéristiques des paramètres en vue de l'application de la responsabilité financière définitive des organismes assureurs pour les années 2008 et suivantes, ou d'autres valeurs pour une ou plusieurs de ces variables, la communication au Comité de l'assurance contient à ce sujet une explication motivée, notamment sur la manière dont l'intégration de ces paramètres contribue à la réalisation d'un financement transparent des maisons médicales, en fonction de la composition et la spécificité de leur population et en vue d'une amélioration de la qualité des soins pour les bénéficiaires.

§ 3. La Commission peut demander aux maisons médicales d'enregistrer les données définies par elle en vue de fixer les variables ou en vue de suivre les indicateurs de qualité ou les objectifs mesurables qui sont définis par elle.

§ 4. La Commission peut développer des variables spécifiques pour la promotion de la collaboration multidisciplinaire entre les membres des groupes de dispensateurs de soins qui offrent aux bénéficiaires chacun des groupes de prestations visés à l'article 4 et qui s'engagent à la collaboration multidisciplinaire dans l'accord relatif au paiement forfaitaire.

§ 5. Pour l'application de l'article 6, § 1^{er}, 1^o, il est, pour les maisons médicales qui offrent le groupe de prestations visé à l'article 4, 1^o, aux bénéficiaires, tenu compte des montants qui ont été payés l'année précédente pour les prestations 102771 et 102395 de la nomenclature.

§ 6. Les calculs décrits dans le présent article se font conformément à la formule reprise dans l'annexe au présent arrêté.

Art. 7. Le forfait mensuel comme visé à l'article 5, 2^o, est égal au forfait mensuel calculé en application de l'article 6.

Art. 8. Le forfait mensuel comme visé à l'article 5, 3^o, est égal au montant qui est obtenu par l'application de l'article 6, § 1^{er}, 2^o.

Art. 9. § 1^{er}. Si en raison de l'application des articles 6 à 8 inclus, le forfait mensuel pour une maison médicale est inférieur au forfait mensuel pour l'année précédente, la différence ne peut dépasser 1 %.

§ 2. Le montant global qui résulte de la différence entre les montants tels que calculés conformément aux articles 6 à 8 inclus et de l'application de la règle visée au § 1^{er} est reporté sur le montant mensuel des maisons médicales pour lesquelles le forfait mensuel est supérieur à celui de l'année précédente, par rapport à la part de chaque maison médicale dans le montant global des augmentations qui résultent pour l'année en question de l'application des articles 6 à 8 inclus.

§ 3. La Commission évalue chaque année l'application du présent article, en particulier en fonction de décisions budgétaires concernant les groupes de prestations visés dans l'article 4 qui constituent une économie dans le paiement par prestation des prestations de ces groupes.

Art. 10. Pour l'application des articles 5 à 9 inclus, il est tenu compte des moyens financiers résultant de l'application des dispositions des articles 38 et suivants de la loi.

L'application globale des articles 5 à 9 est évaluée chaque année par la Commission, en particulier en fonction de l'évolution des caractéristiques de la population stable de toutes les maisons médicales matures.

Art. 11. Pour l'application des articles 5 à 9 inclus, la Commission peut tenir compte du fait que les bénéficiaires ou une partie des bénéficiaires inscrits dans une maison médicale non mature étaient auparavant inscrits dans une maison médicale mature : le cas échéant, il en est fait communication au Comité de l'assurance.

Art. 12. Le forfait mensuel fixé annuellement est indexé conformément à l'article 6 de l'arrêté royal du 8 décembre 1997 fixant les modalités d'application pour l'indexation des prestations dans le régime de l'assurance obligatoire soins de santé.

§ 2. De Commissie deelt jaarlijks aan het Verzekeringscomité de lijst mee van de variabelen die ze aanwendt voor de toepassing van § 1, 3^o.

Indien de lijst van de variabelen andere variabelen bevat dan die opgesomd in bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 4 mei 2012 tot vaststelling van de methode voor de berekening van de normatieve verdeelsleutel en de kenmerken van de parameters met het oog op de toepassing van de financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringssinstellingen voor het jaar 2008 en de daarop volgende jaren of andere waarden voor één of meerdere van deze variabelen, bevat de mededeling aan het Verzekeringscomité daarover een gemotiveerde toelichting, in het bijzonder over de manier waarop het integreren van deze parameters bijdraagt tot de realisatie van een transparante financiering van de medische huizen, in functie van de samenstelling en de specificiteit van hun populatie en met het oog op de verbetering van de kwaliteit van de zorg voor de rechthebbenden.

§ 3. De Commissie kan aan de medische huizen vragen de door haar bepaalde gegevens te registreren met het oog op het vaststellen van de variabelen of met het oog op het opvolgen van kwaliteitsindicatoren of meetbare doelstellingen die door haar worden bepaald.

§ 4. De Commissie kan specifieke variabelen ontwikkelen voor de bevordering van de multidisciplinaire samenwerking tussen de leden van de groepen van zorgverleners die elk van de groepen van verstrekkingen bedoeld in artikel 4 aan de rechthebbenden aanbieden en die zich in het akkoord betreffende de forfaitaire betaling verbinden tot multidisciplinaire samenwerking.

§ 5. Voor de toepassing van artikel 6, § 1, 1^o, wordt voor de medische huizen die de groep van verstrekkingen bedoeld in artikel 4, 1^o, aan de rechthebbenden aanbieden, rekening gehouden met de bedragen die in het voorgaande jaar werden betaald voor de verstrekkingen 102771 en 102395 van de nomenclatuur.

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

Art. 7. Het vast maandelijks bedrag zoals bedoeld in artikel 5, 2^o, is gelijk aan het vast maandelijks bedrag berekend in toepassing van artikel 6.

Art. 8. Het vast maandelijks bedrag zoals bedoeld in artikel 5, 3^o, is gelijk aan het bedrag dat bekomen wordt door de toepassing van artikel 6, § 1, 2^o.

Art. 9. § 1. Indien door de toepassing van de artikelen 6 tot en met 8 het vast maandelijks bedrag voor een medisch huis lager is dan het vast maandelijks bedrag voor het voorgaande jaar, mag het verschil niet meer dan 1 % bedragen.

§ 2. Het globale bedrag dat voortvloeit uit het verschil tussen de bedragen zoals berekend overeenkomstig de artikelen 6 tot en met 8 en de toepassing van de regel bedoeld in § 1, wordt aangerekend op het maandelijks bedrag van de medische huizen waarvoor het vast maandelijks bedrag hoger is dan het voorgaande jaar, in verhouding tot het aandeel van elk medisch huis in het globale bedrag van de verhogingen die voor het betrokken jaar voortvloeien uit de toepassing van de artikelen 6 tot en met 8.

§ 3. De Commissie evalueert jaarlijks de toepassing van dit artikel, in het bijzonder in het licht van budgettaire beslissingen in verband met de groepen van verstrekkingen bedoeld in artikel 4 die een besparing inhouden inzake de betaling per prestatie van de verstrekkingen uit die groepen.

Art. 10. Bij de toepassing van de artikelen 5 tot en met 9 wordt rekening gehouden met de financiële middelen voorvloeiend uit de toepassing van de bepalingen van artikel 38 en volgende van de wet.

De globale toepassing van de artikelen 5 tot en met 9 wordt jaarlijks door de Commissie geëvalueerd, in het bijzonder in het licht van de evolutie van de kenmerken van de stabiele populatie van alle mature medische huizen.

Art. 11. Bij de toepassing van de artikelen 5 tot en met 9 kan de Commissie rekening houden met het feit dat de rechthebbenden of een deel van de rechthebbenden ingeschreven bij een niet matuur medisch huis voorheen ingeschreven waren bij een matuur medisch huis : in voorkomend geval wordt dit meegedeeld aan het Verzekeringscomité.

Art. 12. Het jaarlijks bepaalde vast maandelijks bedrag wordt geïndexeerd overeenkomstig artikel 6 van het koninklijk besluit van 8 december 1997 tot bepaling van de toepassingsmodaliteiten voor de indexering van de prestaties in de regeling van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

CHAPITRE III. — Conditions de paiement des montants forfaitaires

Section I^{re}. — Accords conclus
en vue du paiement forfaitaire des prestations

Art. 13. § 1^{er}. En ce qui concerne les prestations visées à l'article 4, le forfait est dû pour chaque bénéficiaire qui s'inscrit chez un dispensateur de soins ou groupe de dispensateurs de soins qui a conclu un accord en vue du paiement forfaitaire de ces prestations conformément aux conditions fixées à l'article 52, § 1^{er}, de la loi.

§ 2. Une annexe à l'accord décrit l'organisation de la continuité des soins dispensés par la maison médicale, le cas échéant par la collaboration avec d'autres dispensateurs de soins ou groupes de dispensateurs de soins. La Commission peut déterminer la forme de l'annexe.

§ 3. Les accords pour le paiement forfaitaire des prestations sont applicables jusqu'au 31 décembre de l'année pendant laquelle ils ont été conclus.

Sauf dénonciation par le dispensateur de soins ou le groupe de dispensateurs de soins dans les 30 jours après notification du forfait mensuel calculé annuellement qui s'applique à lui, les accords sont reconduits tacitement d'année en année. La Commission fixe les modalités et les délais de notification du forfait mensuel calculé annuellement à chaque maison médicale, en particulier en ce qui concerne la première année d'application du Chapitre II.

A la fin de chaque exercice, Moyennant un préavis d'au moins 30 jours, il peut être mis fin à l'accord qui a été conclu en vue du paiement forfaitaire des prestations, par une lettre adressée soit par le dispensateur de soins ou groupe de dispensateurs de soins concerné, soit par les organismes assureurs ensemble au Service des soins de santé de l'INAMI.

Cependant, tout dispensateur de soins qui a conclu un accord en vue du paiement forfaitaire des prestations peut, moyennant un préavis d'au moins 30 jours, informer le Service des soins de santé de l'INAMI qu'il dénonce cet accord pour passer au système de remboursement des prestations à l'acte.

§ 4. Les accords peuvent contenir des dispositions spécifiques pour les groupes de dispensateurs de soins qui offrent aux bénéficiaires chacun des groupes de prestations visés à l'article 4 et qui s'engagent dans l'accord relatif au paiement forfaitaire à la collaboration multidisciplinaire.

Art. 14. La Commission examine dans les deux ans après l'entrée en vigueur du présent arrêté l'opportunité et la faisabilité :

— des critères en matière d'activité minimale ou maximale dans le cadre du paiement forfaitaire;

— de l'enregistrement ou l'introduction de critères de qualité;

en vue de l'introduction de ces critères au plus tôt pendant la troisième année après l'entrée en vigueur de cet arrêté.

Section II. — Inscription du bénéficiaire

Art. 15. § 1^{er}. Pour pouvoir prétendre au forfait, le bénéficiaire doit s'inscrire auprès du dispensateur de soins ou groupe de dispensateurs de soins concerné.

Le bénéficiaire confie la gestion de son dossier médical global au médecin généraliste ou aux médecins généralistes qui travaillent dans le groupe de dispensateurs de soins.

Lors de son inscription, le bénéficiaire reçoit des informations sur le coût des soins qui lui sont dispensés dans le cadre du paiement forfaitaire. La Commission peut définir le contenu et la forme de ces informations.

HOOFDSTUK III. — Voorwaarden voor de betaling
van de forfaitaire bedragenAfdeling I. — Akkoorden gesloten
met het oog op de forfaitaire betaling van verstrekkingen

Art. 13. § 1. Wat de in artikel 4 bedoelde verstrekkingen betreft, is het vast bedrag verschuldigd voor elke rechthebbende die zich laat inschrijven bij een zorgverlener of groep van zorgverleners die, onder de voorwaarden die zijn bepaald in artikel 52, § 1, van de wet, een akkoord heeft gesloten met het oog op de forfaitaire betaling van die verstrekkingen.

§ 2 Een bijlage bij het akkoord beschrijft de organisatie van de continuïteit van de zorg verleend door het medisch huis, in voorkomend geval door samenwerking met andere zorgverleners of groepen van zorgverleners. De Commissie kan de vorm van de bijlage bepalen.

§ 3. De akkoorden voor de forfaitaire betaling van de verstrekkingen gelden tot 31 december van het jaar waarin ze zijn gesloten.

Behoudens opzegging door de zorgverlener of de groep van zorgverleners binnen de 30 dagen na de kennisgeving van het jaarlijks berekend vast maandelijks bedrag dat op hem van toepassing is, worden de akkoorden stilzwijgend van jaar tot jaar verlengd. De Commissie bepaalt de modaliteiten en de termijnen voor de kennisgeving van het jaarlijks berekend vast maandelijks bedrag aan elk medisch huis, inzonderheid wat betreft het eerste toepassingsjaar van Hoofdstuk II

Op het einde van elk dienstjaar kan, mits een opzegging van ten minste 30 dagen, aan het akkoord dat is gesloten met het oog op de forfaitaire betaling van de verstrekkingen, een einde worden gemaakt met een brief die hetzij door de beschouwde zorgverlener of groep van zorgverleners, hetzij door alle verzekeringsinstellingen samen, wordt gericht aan de dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV.

Evenwel kan iedere zorgverlener die een akkoord heeft gesloten met het oog op de forfaitaire betaling van de verstrekkingen, mits een opzegging van ten minste 30 dagen, de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV ter kennis geven dat hij dit akkoord opzegt om over te gaan naar het systeem van vergoeding van de verstrekkingen per handeling.

§ 4. De akkoorden kunnen specifieke bepalingen bevatten voor de groepen van zorgverleners die elk van de groepen van verstrekkingen bedoeld in artikel 4 aan de rechthebbenden aanbieden en die zich in het akkoord betreffende de forfaitaire betaling verbinden tot multidisciplinaire samenwerking,

Art. 14. De Commissie onderzoekt binnen de twee jaar na het inwerkingtreden van onderhavig besluit de wenselijkheid en de haalbaarheid van :

— criteria inzake minimale of maximale activiteit in het kader van de forfaitaire betaling;

— het registreren of het invoeren van kwaliteitsindicatoren;

met oog op de invoering van deze criteria ten vroegste tijdens het derde jaar na de inwerkingtreding van dit besluit.

Afdeling II. — Inschrijving van de rechthebbende

Art. 15. § 1. Om recht te geven op de toekenning van het vast bedrag, moet de rechthebbende zich laten inschrijven bij de beschouwde zorgverlener of groep van zorgverleners.

De rechthebbende vertrouwt het beheer van zijn globaal medisch dossier toe aan de huisarts of aan de huisartsen die werken in de groep van zorgverleners.

Bij de inschrijving ontvangt de rechthebbende een informatie over de kostprijs van de zorg die in het kader van de forfaitaire betaling wordt verleend. De Commissie kan de inhoud en de vorm van die informatie bepalen.

Le forfait est dû au dispensateur de soins ou groupe de dispensateurs à partir du premier mois suivant la date d'inscription et à condition que l'organisme assureur en soit averti par le dispensateur de soins ou groupe de dispensateurs de soins auprès duquel il s'inscrit.

Les dispensateurs de soins visés à l'alinéa précédent peuvent dispenser des prestations et percevoir des honoraires à l'acte si ces prestations sont dispensées aux bénéficiaires inscrits, au cours du mois civil de l'inscription. Le bénéficiaire peut toutefois, lors de sa première inscription, demander que les prestations soient remboursées à l'acte au cours d'une période de maximum trois mois qui ne peut être renouvelée.

§ 2. Les dispensateurs de soins qui ont conclu un accord aux conditions de l'article 52, § 1^{er}, de la loi en vue du paiement forfaitaire de certaines prestations, ne peuvent pas dispenser ces prestations contre paiement à l'acte sauf dans le cas d'exception mentionné au paragraphe précédent ou lorsqu'il s'agit de bénéficiaires non inscrits, dans les cas de participation à des services de garde organisés ou à un service de garde à la porte d'un hôpital.

Une exception peut également être faite pourvu qu'il s'agisse de bénéficiaires non inscrits :

1° pour des consultations dans un centre de planning familial;

2° pour une consultation dans un centre qui s'occupe de prévention et/ou de traitement de l'alcoolisme et/ou de la toxicomanie;

3° pour une consultation dans une maison d'accueil pour bénéficiaires maltraités;

4° pour régler la situation particulière de bénéficiaires non inscrits qui au cours de certaines périodes de l'année séjournent temporairement dans la zone géographique visée à l'article 21, 1°.

Les exceptions visées aux points 1° à 4° de l'alinéa précédent ne peuvent être accordées qu'après une évaluation méticuleuse décrivant clairement les dispensateurs de soins, l'activité et le groupe cible. Il faut également motiver la raison pour laquelle le paiement forfaitaire n'est pas appliqué dans ces cas. La demande d'octroi des exceptions est soumise à la Commission par les dispensateurs de soins. La Commission communique sa décision motivée aux dispensateurs de soins.

Dans tous les autres cas mentionnés dans les accords et dans lesquels il est dérogé aux rémunérations forfaitaires des médecins, toute possibilité de rémunérer les consultations et visites à l'acte est exclue.

Art. 16. Le dispensateur de soins ou groupe de dispensateurs de soins chez qui le bénéficiaire est inscrit ne peut pas refuser l'inscription d'un autre bénéficiaire qui fait partie du ménage du bénéficiaire déjà inscrit.

Art. 17. Chaque bénéficiaire qui est inscrit chez un dispensateur de soins ou groupe de dispensateurs de soins peut dénoncer cette inscription avant la fin de chaque mois.

L'inscription expire à la fin du mois qui suit celui pendant lequel la dénonciation a été communiquée à l'organisme assureur, au dispensateur de soins ou groupe de dispensateurs de soins.

Art. 18. Le dispensateur de soins ou groupe de dispensateurs de soins chez qui un bénéficiaire est inscrit peut dénoncer l'inscription chaque mois; il doit alors en informer le bénéficiaire et l'organisme assureur auquel celui-ci est affilié. L'inscription expire à la fin du mois qui suit celui pendant lequel le bénéficiaire et l'organisme assureur ont été informés. La décision de mettre un terme à l'inscription d'un bénéficiaire implique qu'à la même date, il est mis fin à l'inscription des autres bénéficiaires qui font partie du même ménage.

Het vast bedrag is verschuldigd aan de zorgverlener of groep vanaf de eerste maand na de inschrijvingsdatum en op voorwaarde dat de betrokken verzekeringsinstelling daarvan op de hoogte is gebracht, door de zorgverlener of groep waarbij hij zich laat inschrijven.

De in het vorige lid bedoelde zorgverleners mogen verstrekkingen verrichten en ze per verstrekking laten honoreren als die verstrekkingen aan ingeschreven rechthebbenden tijdens de burgerlijke maand van de inschrijving worden verleend. Nochtans mag de rechthebbende, bij zijn eerste inschrijving vragen dat de verstrekkingen per handeling worden vergoed gedurende een tijdvak van maximum drie maanden dat niet kan worden vernieuwd.

§ 2. De zorgverleners die onder de in artikel 52, § 1 van de wet bepaalde voorwaarden een akkoord hebben gesloten met het oog op de forfaitaire betaling van sommige verstrekkingen, mogen die verstrekkingen niet tegen betaling per verstrekking verlenen behalve in het uitzonderingsgeval dat is vermeld in de vorige paragraaf of nog, als het gaat om niet-ingeschreven rechthebbenden, in de gevallen van deelneming aan georganiseerde wachtdienst of aan een wachtdienst aan de poort van een ziekenhuis.

Er kan eveneens een uitzondering worden toegekend voor zover het gaat om niet-ingeschreven rechthebbenden :

1° voor raadplegingen in een centrum voor gezinsplanning;

2° voor raadpleging in een centrum dat zich bezig houdt met de preventie en/of behandeling van alcoholisme en/of verslaving;

3° voor raadpleging in een opvangtehuis voor mishandelde rechthebbenden;

4° om de bijzondere toestand te regelen van niet-ingeschreven rechthebbenden die gedurende sommige periodes van het jaar tijdelijk verblijven in het geografisch gebied bedoeld in artikel 21, 1°.

De uitzonderingen bedoeld onder 1° tot en met 4° van vorig lid kunnen slechts worden toegekend na een zorgvuldige afweging, waarbij een duidelijke omschrijving gebeurt van de betrokken zorgverleners, de aard van de activiteit en de doelgroep. Tevens dient gemotiveerd te worden waarom de forfaitaire betaling in deze gevallen niet wordt toegepast. De vraag tot het toekennen van de uitzonderingen wordt door de zorgverleners voorgelegd aan de Commissie, die haar gemotiveerde beslissing meedeelt aan de zorgverleners.

In alle andere gevallen die in de akkoorden zijn bedongen en waarin wordt afgeweken van de forfaitaire bezoldiging van de geneesheren, is elke mogelijkheid om raadplegingen en bezoeken per handeling te doen honoreren, uitgesloten.

Art. 16. De zorgverlener of groep van zorgverleners waarbij een rechthebbende is ingeschreven, mag de inschrijving van een ander rechthebbende die deel uitmaakt van het gezin van de reeds ingeschreven rechthebbende, niet weigeren.

Art. 17. Ieder rechthebbende die is ingeschreven bij een zorgverlener of groep van zorgverleners, kan die inschrijving opzeggen vóór het einde van elke maand.

De inschrijving neemt een einde op het einde van de maand volgend op deze tijdens dewelke de opzegging aan de verzekeringsinstelling of aan de zorgverlener of groep van zorgverleners is meegedeeld.

Art. 18. De zorgverlener of groep waarbij een rechthebbende is ingeschreven, kan de inschrijving elke maand opzeggen; hij moet alsdan de betrokken rechthebbende en de verzekeringsinstelling waarbij deze is aangesloten, daarvan verwittigen. De inschrijving neemt een einde op het einde van de maand volgend op deze tijdens de welke men de rechthebbende en de betrokken verzekeringsinstelling verwittigd heeft. De beslissing om een einde te maken aan de inschrijving van een rechthebbende impliceert dat op dezelfde datum een einde wordt gemaakt aan de inschrijving van de andere rechthebbenden die deel uitmaken van hetzelfde gezin.

Section III. — Paiement des montants forfaitaires

Art. 19. Le forfait dû est versé par tranches mensuelles, au début de chaque mois, par les organismes assureurs au dispensateur de soins ou groupe de dispensateurs de soins concerné.

Le forfait mensuel fixé annuellement est le même pour tous les bénéficiaires inscrits chez le même dispensateur de soins ou groupe de dispensateurs de soins, abstraction faite du fait que le bénéficiaire s'inscrit au courant de l'année pour la première fois chez le dispensateur de soins ou le groupe de dispensateurs de soins et abstraction faite du fait que le bénéficiaire était inscrit auparavant chez un autre dispensateur de soins ou un autre groupe de dispensateurs de soins.

Art. 20. Une intervention personnelle du bénéficiaire inscrit est exigible mais non obligatoire; si elle est perçue, elle l'est annuellement, au premier contact avec le dispensateur de soins ou groupe de dispensateurs de soins.

Les maisons médicales qui perçoivent la quote-part personnelle le signalent au début de chaque année aux organismes assureurs.

Le montant de la quote-part personnelle est fixé à 2,50 euros maximum par bénéficiaire inscrit et par an avec un maximum de 12,50 euros par ménage et par an.

Art. 21. Le dispensateur de soins ou groupe de dispensateurs de soins concerné prend en charge les prestations couvertes par le forfait qui ont été dispensées au bénéficiaire par tout autre dispensateur de soins, dans les cas suivants :

1° s'il s'agit de prestations qui ont été dispensées en dehors d'un territoire géographique déterminé; ce territoire géographique sera établi dans le cadre de tout accord;

2° s'il s'agit de prestations qui ont été dispensées dans le territoire géographique visé à cet effet, lorsque ces prestations ont été effectuées dans le cadre d'un service de garde organisé;

3° s'il s'agit de prestations qui ont été dispensées par un kinésithérapeute ou un praticien de l'art infirmier dans le cadre de prestations à l'acte, lorsque ces prestations ont été prescrites par le médecin qui a conclu un accord en vue du paiement forfaitaire des prestations ou par un médecin qui appartient au groupe qui a conclu pareil accord;

4° s'il s'agit de prestations pour lesquelles le dispensateur de soins ou groupe de dispensateurs de soins concerné a donné son accord pour qu'elles soient effectuées par un autre dispensateur de soins ou par un dispensateur de soins qui appartient au groupe concerné.

Une exception est faite aux dispositions du précédent alinéa pour les prestations qui devraient être dispensées à un bénéficiaire à l'occasion d'une hospitalisation entraînant le paiement partiel ou intégral du prix de la journée d'entretien.

Art. 22. Le présent arrêté entre en vigueur le 1^{er} mai 2013

Les accords conclus en vue du paiement forfaitaire des prestations conclus sur la base des règles en vigueur avant l'entrée en vigueur du présent arrêté cessent de produire leurs effets le 30 avril 2013.

Art. 23. Le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 23 avril 2013.

ALBERT

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales,
Mme L. ONKELINX

Afdeling III. — Betaling van de forfaitaire betalingen

Art. 19. De verschuldigde vaste bedragen worden, met maandelijks tranches, bij het begin van elke maand door de verzekeringsinstellingen gestort aan de betrokken zorgverlener of groep van zorgverleners.

Het jaarlijks vastgestelde verschuldigde vast bedrag is gelijk voor alle rechthebbenden ingeschreven bij dezelfde zorgverlener of groep van zorgverleners, ongeacht het feit of de rechthebbende zich in de loop van het jaar voor het eerst bij de betrokken zorgverlener of groep van zorgverleners inschrijft en ongeacht het feit of de rechthebbende voorheen was ingeschreven bij een andere zorgverlener of een andere groep van zorgverleners.

Art. 20. Een persoonlijk aandeel van de ingeschreven rechthebbende is eisbaar maar niet verplicht; indien het wordt geïnd, gebeurt dat jaarlijks bij het eerste contact met de zorgverlener of groep van zorgverleners.

De medische huizen die het persoonlijk aandeel innen, delen dit bij het begin van elk jaar mee aan de verzekeringsinstellingen.

Het bedrag van het persoonlijk aandeel wordt vastgesteld op maximum 2,50 euro per ingeschreven rechthebbende en per jaar met een maximum van 12,50 euro per gezin en per jaar.

Art. 21. De betrokken zorgverlener of groep neemt de door het vast bedrag gedekte verstrekkingen ten laste die door enige andere zorgverlener aan de ingeschreven rechthebbende zijn verleend, in de volgende gevallen :

1° als het gaat om verstrekkingen die zijn verleend buiten een bepaald geografisch gebied : dat geografisch gebied zal in het raam van elk akkoord worden vastgesteld;

2° als het gaat om verstrekkingen die zijn verleend in het hiervoor bedoelde geografisch gebied, wanneer die verstrekkingen zijn verricht in het raam van een georganiseerde wachtdienst;

3° als het gaat om verstrekkingen die zijn verleend door een kinesitherapeut of een verpleegkundige in het raam van verstrekkingen per handeling, wanneer die verstrekkingen zijn voorgeschreven door de geneesheer die een akkoord heeft gesloten met het oog op de forfaitaire betaling van de verstrekkingen of door een geneesheer die behoort tot de groep die een dergelijk akkoord heeft gesloten;

4° als het gaat om verstrekkingen waarvoor de betrokken zorgverlener of groep zijn instemming heeft verleend opdat ze worden verricht door een andere verzorgingsverstrekker of door een zorgverlener die niet tot de betrokken groep behoort.

Op de bepalingen van het vorige lid wordt een uitzondering gemaakt voor de verstrekkingen die zouden worden verleend aan een rechthebbende naar aanleiding van een opname in een ziekenhuis die aanleiding geeft tot de gedeeltelijke of volledige betaling van de verpleegdagprijs.

Art. 22. Dit besluit treedt in werking op 1 mei 2013.

De akkoorden gesloten met het oog op de forfaitaire betaling van verstrekkingen gesloten op basis van de regelgeving van kracht voor het inwerkingtreden van dit besluit houden op te bestaan op 30 april 2013.

Art. 23. De minister bevoegd voor Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 23 april 2013.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen,
Mevr. L. ONKELINX

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

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

d = discipline (médecins, kinés ou infirmiers)
 $F_{z,d}^a$ = forfait pour la maison a , pour l'année z et pour la discipline d
 X_d = somme des forfaits de la population stable dans les maisons matures, pour toutes les maisons qui proposent la discipline d .
 v = nombre de variables dans le modèle
 $\beta_{i,d}^{z-2}$ = la valeur de la variable i calculée par l'AIM/INAMI sur base des dépenses de l'année $z-2$ (sur base de l'analyse par régression dans l'échantillon permanent sans surreprésentation des plus de 65 ans, après pondération par le facteur dépense moyenne à l'acte pour la discipline d / dépense moyenne de la régression)

A_i = (nombre de bénéficiaires de la population stable dans l'année $z-1$ dans LA maison a qui sont concernés par la variable i)/(nombre total de patients stables de la maison mature a)
 $\bar{M}_{i,d}$ = (nombre de bénéficiaires de la population stable DES maisons matures qui proposent la discipline d à l'année $z-1$, et qui sont concernés par la variable i)/(population stable totale DES maisons matures qui proposent la discipline d en l'année $z-1$)

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

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

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

ALBERT

Par le Roi,

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
 chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales,
 L. ONKELINX

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

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

d = discipline (artsen, kinesitherapeuten of verpleegkundigen)
 $F_{z,d}^a$ = Forfait voor centrum a , voor jaar z en voor discipline d
 X_d = som van alle forfaits van de stabiele populatie in de mature centra die discipline d aanbieden.
 v = aantal variabelen in het model
 $\beta_{i,d}^{z-2}$ = waarde van de variabele i berekend door het IMA/RIZIV op basis van de uitgaven in jaar $z-2$ (op basis van regressie-analyse in de permanente steekproef zonder oververtegenwoordiging van de individuen ouder dan 65 jaar, na weging door de factor "gemiddelde uitgave per act voor de discipline d / gemiddelde uitgave via regressie")

A_i = (aantal rechthebbenden in het jaar $z-1$ behorend tot de stabiele populatie van HET medisch huis a , op wie de variabele betrekking heeft)/(totaal aantal stabiele patiënten van HET matuur medisch huis)
 $\bar{M}_{i,s}$ = (aantal rechthebbenden behorend tot de stabiele populatie van DE mature centra die in het jaar $z-1$ discipline d aanbieden, op wie de variabele i betrekking heeft)/(totale stabiele populatie van DE mature medische huizen die in het jaar $z-1$ discipline d aanbieden)

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

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

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

ALBERT

Van Koningswege,

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
 belast met Beliris en Federale Culturele Instellingen,
 L. ONKELINX