

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

15 oktober 2008

WETSVOORSTEL

betreffende de verplichting voor de artsen en tandartsen om te afficheren of zij al dan niet zijn toegetreden tot de akkoorden tussen de (tand)artsen en de ziekenfondsen

(ingediend door de dames Muriel Gerkens
en Tinne Van der Straeten)

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

15 octobre 2008

PROPOSITION DE LOI

concernant l'obligation d'affichage de l'adhésion ou non aux accords médico- et dento-mutualistes

(déposée par Mmes Muriel Gerkens
et Tinne Van der Straeten)

SAMENVATTING

De akkoorden aangaande de overeenkomsten die de (tand)artsen en de ziekenfondsen hebben gesloten over de tarieven die de patiënten worden aangerekend, voorzien in de verplichting dat de (tand)artsen moeten afficheren of zij al dan niet zijn toegetreden tot de vigerende akkoorden.

Diverse media hebben vastgesteld dat die verplichting slechts zelden in acht wordt genomen. Bovendien legt de wet geen enkel dwangmiddel op.

Dit wetsvoorstel strekt er bijgevolg toe te voorzien in sancties ingeval die verplichting niet in acht wordt genomen, en preciseert het bepaalde nadere regels ervan.

RÉSUMÉ

Les accords relatifs aux accords médico-mutualistes et dento-mutualistes, concernant les tarifs à appliquer aux patients, prévoient l'obligation, pour les médecins et dentistes, d'afficher s'il sont ou non partie à l'accord en cours.

Différents médias ont constaté que cette obligation n'est que rarement respectée. De plus, aucune contrainte n'est prévue par la loi.

La proposition prévoit donc des sanctions en cas de non-respect de cette obligation et en précise également certaines modalités.

cdH	:	centre démocrate Humaniste
CD&V	:	Christen-Democratisch en Vlaams
Ecolo-Groen!	:	Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen
FN	:	Front National
LDD	:	Lijst Dedecker
MR	:	Mouvement Réformateur
N-VA	:	Nieuw-Vlaamse Alliantie
Open Vld	:	Open Vlaamse liberalen en democraten
PS	:	Parti Socialiste
sp.a+VI.Pro	:	Socialistische partij anders + VlaamsProgressieven
VB	:	Vlaams Belang

Afkortingen bij de nummering van de publicaties :

DOC 52 0000/000 :	Parlementair document van de 52 ^e zittingsperiode + basisnummer en volnummer
QRVA :	Schriftelijke Vragen en Antwoorden
CRIV :	Voorlopige versie van het Integraal Verslag (groene kaft)
CRABV :	Beknopt Verslag (blauwe kaft)
CRIV :	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen) (PLEN: witte kaft; COM: zalmkleurige kaft)
PLEN :	Plenum
COM :	Commissievergadering
MOT :	moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)

Abréviations dans la numérotation des publications :

DOC 52 0000/000 :	Document parlementaire de la 52 ^{ème} législature, suivi du n° de base et du n° consécutif
QRVA :	Questions et Réponses écrites
CRIV :	Version Provisoire du Compte Rendu intégral (couverture verte)
CRABV :	Compte Rendu Analytique (couverture bleue)
CRIV :	Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes) (PLEN: couverture blanche; COM: couverture saumon)
PLEN :	Séance plénière
COM :	Réunion de commission
MOT :	Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)

Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers

Bestellingen :
Natieplein 2
1008 Brussel
Tel. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74
www.deKamer.be
e-mail : publicaties@deKamer.be

Publications officielles éditées par la Chambre des représentants

Commandes :
Place de la Nation 2
1008 Bruxelles
Tél. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74
www.laChambre.be
e-mail : publications@laChambre.be

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

1. Probleemstelling

In het RTBF-programma «*Questions à la une*» kwam onlangs aan het licht dat de door de artsen aangerekende tarieven weinig transparant zijn, wat de toegang tot de zorgverlening bemoeilijkt. De akkoorden die de (tand)artsen en de ziekenfondsen voor 2008 hebben gesloten, bepalen net als de voorgaande dat de (tand)artsen verplicht zijn te afficheren of zij al dan niet (gedeeltelijk) geconventioneerd zijn.

Naar aanleiding van de voormelde RTBF-uitzending heeft Test-Aankoop een enquête uitgevoerd. De enquêteurs van dat consumentenblad hebben een bezoek gebracht aan een aantal steekproefsgewijs geselecteerde, volledig dan wel gedeeltelijk geconventioneerde artsen en tandartsen, waarbij werd nagegaan of zij de voormelde afficheerplicht in acht nemen. Tegelijk hebben ze bij steekproef de praktijk van een aantal niet-geconventioneerde beroepsbeoefenaars bezocht. In totaal gingen de enquêteurs langs bij 178 huisartsen, dermatologen, oogartsen, kinderartsen en tandartsen.

De resultaten zijn teleurstellend want bij amper 14 van de 94 volledig dan wel gedeeltelijk geconventioneerde huisartsen en specialisten was hun statuut geafficheerd; zij nemen de afficheerplicht in acht (11 van hen maakten daarvoor gebruik van het door het RIZIV voorziene attest). 80 artsen bleken op dat punt dus in gebreke te blijven. Van de bij steekproef gecontroleerde artsen leeft dus amper 15% de afficheerplicht na, waartoe ze zich bij hun toetreding tot het akkoord hebben verbonden; derhalve komt 85% die verplichting niet na. Nagenoeg geen enkele niet-geconventioneerde arts afficheert zijn statuut.

Van de tandartsen leeft niemand van de door Test-Aankoop gecontroleerde afficheerplicht na.

In werkelijkheid is het vrij moeilijk om te weten of een arts of tandarts geconventioneerd is. De wet bepaalt dat de verzekeringsinstellingen ermee belast zijn voor die informatie te zorgen, maar feit is dat die regeling niet bijzonder werkzaam is: het ligt niet voor de hand dat een patiënt weet dat hij vóór het bezoek aan een arts, bij zijn ziekenfonds kan informeren of die arts al dan niet geconventioneerd is. De overgrote meerderheid van de patiënten kent die bepaling niet en weet bovendien niet wat de betekenis is van de woorden «is toegetreden tot het akkoord...». Voor de patiënt ligt het evenmin voor de hand vóór de aanvang van de raadpleging de arts bij

DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

1. Problématique

Une émission récente de la RTBF, «*Questions à la une*», a mis en évidence le manque de transparence des tarifs appliqués par les médecins, ce qui pose un problème en termes d'accessibilité aux soins. Les accords médico-mutualistes et dento-mutualistes 2008, comme les précédents, prévoient une obligation d'affichage pour les médecins et dentistes conventionnés, totalement ou partiellement.

À la suite de cette émission, «Test-Achats» a réalisé une enquête. Leurs enquêteurs ont visité un échantillon de médecins et de dentistes, totalement ou partiellement conventionnés, et ont vérifié l'application de la règle d'affichage décrite plus haut. Parallèlement, ils ont également visité un échantillon de praticiens non-conventionnés. Au total, les locaux de 178 médecins généralistes, dermatologues, ophtalmologues, pédiatres et dentistes ont été visités.

Les résultats sont décevants: sur les 94 médecins généralistes et spécialistes conventionnés, ou partiellement conventionnés, seuls 14 respectent leur obligation d'affichage et affichent donc leur statut (11 d'entre eux utilisent l'attestation prévue par l'INAMI). 80 médecins sont en défaut à ce niveau. Dans leur échantillon, seulement 15% des médecins ayant accepté d'adhérer à la convention respectent leur obligation d'affichage et 85% ne la respectent pas! Pour les prestataires non-conventionnés, l'affichage du statut est absent dans la quasi-totalité des cas.

Quant aux dentistes, aucun de ceux visés par leur enquête ne respecte ses obligations d'affichage.

En réalité, il est relativement difficile de savoir si un médecin ou un dentiste est conventionné. La loi prévoit que les organismes assureurs sont chargés d'organiser cette information. Mais il faut reconnaître que ce système n'est pas très opérationnel: il n'est pas évident qu'un patient, avant de se rendre chez un médecin, sache qu'il doit se renseigner à sa mutuelle pour savoir si ce médecin est, ou non, conventionné. La grande majorité des patients ignore cette disposition et, de plus, ignore ce que signifient les termes «a adhéré à l'accord...». Et il n'est pas évident de demander, avant le début de la consultation, au médecin à qui l'on demande de l'aide,

wie hij hulp zoekt, te vragen of hij de «normale» tarieven toepast. Dit heeft tot gevolg dat bepaalde patiënten niet naar artsen gaan die ze niet kennen, wat weerom een beperking is van de zorgtoegang. Dat kan ook tot gevolg hebben dat de betrekkingen tussen de zorgverstrekker en de patiënt stroef verlopen, want de patiënt kan de indruk hebben te zijn gerold.

2. Pijnpunten van de vigerende wetgeving

2.1. *De aanplakking is maar in bepaalde gevallen verplicht*

Alleen de artsen en tandartsen die tot het akkoord zijn toegetreden en dus geacht worden geconventioneerde te zijn, moeten die informatie uithangen. De niet-geconventioneerde artsen en tandartsen moeten dat niet doen; die verplichting maakt immers deel uit van de akkoorden maar is niet in de wet opgenomen.

Het is dus logisch dat de niet-geconventioneerde artsen en tandartsen die akkoorden niet moeten naleven. Als de patiënt aanklopt bij een van die niet-geconventioneerde beroepsbeoefenaars, beschikt hij derhalve niet over die informatie en kan hij voor verrassingen komen te staan. Maar precies in die gevallen is het belangrijk dat de patiënt vóór de raadpleging over de nodige informatie beschikt.

2.2. *Geen sancties*

Zo de volledig of gedeeltelijk geconventioneerde artsen die verplichting niet naleven, krijgen ze geen enkele sanctie opgelegd. De wet voorziet immers wel in sancties als de tarieven van de conventie niet worden nageleefd, maar niet als de informatie niet is geafficheerd. De inspectiediensten beschikken dus niet echt over een middel om die verplichting te doen naleven, wat verklaart waarom veel artsen en tandartsen dat dan ook niet doen.

2.3. *De beroepsbeoefenaars zijn niet verplicht het bedrag van de verstrekking op te geven*

Inzake transparantie moet hier een bijkomend probleem worden aangestipt: de artsen en tandartsen zijn niet verplicht op het getuigschrift van geneeskundige verstrekking het bedrag van de verstrekking te vermelden. Zij kunnen ook alleen «ja» aangeven, wat betekent dat het aangerekende bedrag in overeenstemming is met de tarieven van de conventie. Sommige beroepsbeoefenaars vermelden echter «ja» en vragen een hoger bedrag. Voor de patiënt is het dan echt onmogelijk na te gaan of hij het correcte tarief betaalt; bovendien beschikt hij over geen enkel bewijs dat hij eventueel te veel heeft betaald.

s'il respecte les tarifs «normaux». Ceci a pour effet de dissuader certains patients de se rendre chez des médecins qu'ils ne connaissent pas, ce qui réduit d'autant l'accessibilité aux soins. Ceci peut également avoir pour effet de ternir les relations entre le prestataire et le patient, qui peut avoir l'impression d'avoir été trompé.

2. Problèmes posés par la législation actuelle

2.1. *L'obligation d'affichage ne vaut que dans certains cas*

Seuls les médecins et dentistes qui n'ont pas refusé l'accord, et qui donc sont réputés conventionnés, sont tenus d'afficher cette information. Les médecins et dentistes non-conventionnés ne le sont pas. Ceci résulte du fait que cette obligation fait partie des accords, mais ne se trouve pas dans la loi.

Donc, il est logique que les médecins et dentistes non-conventionnés ne soient pas tenus par ceux-ci. Donc, quand le patient se rend chez un de ces praticiens non-conventionnés, il n'a pas cette information et peut avoir des surprises. Or, c'est précisément dans ce cas qu'il est important que le patient dispose de l'information nécessaire avant que commence la consultation.

2.2. *Absence de sanctions*

En cas de non-respect de cette obligation, pour les médecins totalement et partiellement conventionnés, aucune sanction n'existe. En effet, la loi prévoit des sanctions en cas de non-respect des tarifs des conventions, mais pas en cas de non-respect de l'affichage. Il n'y a donc pas vraiment de moyen qui permette aux services d'inspection de faire respecter cette obligation, et ceci explique qu'une grande majorité de médecins et de dentistes ne la respectent pas.

2.3. *Les praticiens ne sont pas obligés d'indiquer le montant de la prestation*

Au niveau de la transparence, il faut ajouter ici un problème supplémentaire: sur l'attestation de soins, les médecins et dentistes ne sont pas obligés d'indiquer le montant de la prestation. Ils peuvent se contenter d'indiquer «oui», ce qui veut dire que le montant payé est conforme aux tarifs de la convention. Or, certains de ces praticiens indiquent «oui» et font payer un prix plus élevé. Le patient n'a alors aucune possibilité de vérifier s'il paye le bon tarif et ne dispose d'aucune preuve qu'il a, le cas échéant, payé trop cher.

3. Voorgestelde oplossingen

Dit wetsvoorstel strekt ertoe de transparantie van de tarieven te verhogen door alle artsen en tandartsen bij wet te verplichten te afficheren dat zij al dan niet geconventioneerd zijn.

Ook wordt voorgesteld alle artsen en tandartsen te verplichten het voor de meest gangbare prestaties gevraagde tarief te afficheren, zodat de patiënt in de meeste gevallen kan nagaan of hij de normale prijs heeft betaald.

Aangezien de lijst van verrichtingen naargelang de diverse specialiteiten soms erg lang kan uitvallen, wordt voorgesteld de te afficheren lijst te beperken tot de gangbare prestaties. Het RIZIV zal die lijst vastleggen.

Bij niet-naleving van die verplichting voorziet het wetsvoorstel in een geldboete van 1000 euro, die bij herhaalde overtredingen meermaals kan worden opgelegd.

Er zij op gewezen dat het daarbij geenszins de bedoeling is te raken aan de conventioneringsregeling, die goede resultaten oplevert en waarmee een behoorlijke tariefzekerheid kan worden gehandhaafd. Het is normaal dat het de beroepsbeoefenaars bij die regeling vrij staat al dan niet tot de akkoorden toe te treden, maar het komt er, met het oog op een maximale toegankelijkheid van de gezondheidszorg, ook op aan ervoor te zorgen dat de patiënt zo goed mogelijk wordt voorgelicht over het statuut van de beroepsbeoefenaar en over de prijs die hij zal moeten betalen.

3. Solutions proposées

La présente proposition de loi vise à améliorer la transparence des tarifs, en inscrivant dans la loi l'obligation, pour tous les médecins et dentistes, d'afficher s'ils sont conventionnés ou non.

De plus, il est proposé d'obliger tous les médecins et dentistes d'afficher le tarif demandé pour les prestations les plus courantes, ce qui permet au patient de vérifier, dans la majorité des cas, s'il a payé le prix normal.

Étant donné que la liste des actes, selon les différentes spécialités, peut parfois être très longue, il est proposé de limiter la liste à afficher aux prestations courantes. Cette liste sera déterminée par l'INAMI.

En cas de non-respect de cette obligation, la proposition prévoit une amende de 1.000 euros, applicable plusieurs fois de suite si l'infraction est répétée.

Notons qu'il n'est pas question ici de toucher au mécanisme du conventionnement, qui donne de bons résultats et permet de garder une bonne sécurité tarifaire. Il est normal que les praticiens, dans ce système, aient la liberté d'adhérer ou non aux accords, mais il s'agit simplement de faire en sorte, dans un souci d'accessibilité maximale aux soins, que le patient soit informé le mieux possible du statut du praticien et du prix qu'il aura à payer.

Muriel GERKENS (Ecolo-Groen!)
Tinne VAN DER STRAETEN (Ecolo-Groen!)

WETSVOORSTEL

Artikel 1.

Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 78 van de Grondwet.

Art. 2.

In artikel 50 van de op 14 juli 1994 gecoördineerde wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gewijzigd bij de wetten van 21 december 1994, 20 december 1995, 10 december 1997, 22 augustus 2002, 24 december 2002 en 1 maart 2007, wordt een § 3ter ingevoegd, luidende:

«§ 3ter. De artsen en tandartsen afficheren in hun wachtkamer een volgens de richtlijnen van de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het RIZIV opgesteld document, dat aangeeft of zij al dan niet tot de akkoord zijn togetreden, alsook de raadplegingsdagen en -uren tijdens welke zij de krachtens dat akkoord geldende tarieven toepassen en die tijdens welke zij die tarieven niet toepassen.

Wat de instellingen betreft, moet de in het vorige lid bedoelde verplichting in acht worden genomen:

- hetzij in de wachtkamer;
- hetzij in de ontvangstkamer;
- hetzij in het inschrijvingslokaal.

De geconventioneerde, gedeeltelijk geconventioneerde of niet-geconventioneerde artsen en tandartsen geven op dat document het tarief aan van de meest gangbare prestaties, waarvan het RIZIV voor elke specialiteit de lijst opstelt. Dat document vermeldt of de arts dan wel de tandarts de derdebetalersregeling toepast volgens de nadere regels van de vigerende reglementering.

Bij niet-naleving van die verplichting wordt de betrokken zorgverlener een administratieve geldboete van 1000 euro opgelegd. Die geldboete kan zo vaak als nodig is opnieuw worden opgelegd indien de zorgverlener zich binnen drie maanden na de vaststelling van de overtreding niet naar deze wet heeft geschikt.

PROPOSITION DE LOI

Article 1^{er}.

La présente loi règle une matière visée à l'article 78 de la Constitution

Art. 2.

Dans l'article 50 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance soins de santé et indemnités, modifié par les lois du 21 décembre 1994, du 20 décembre 1995, du 10 décembre 1997, du 22 août 2002, du 24 décembre 2002 et du 1^{er} mars 2007, il est inséré un § 3ter, rédigé comme suit:

«§ 3ter. Les médecins et les dentistes afficheront, dans leur salle d'attente, un document établi suivant les directives du Service des soins de santé de l'INAMI, qui indique s'ils ont adhéré ou non à l'accord, ainsi que les jours et heures de consultation durant lesquels ils appliquent les tarifs de cet accord et ceux durant lesquels ils ne les appliquent pas.

En ce qui concerne les institutions, l'obligation visée à l'alinéa précédent doit être respectée:

- soit dans la salle d'attente;
- soit dans le local de réception;
- soit dans le local d'inscription.

Les médecins et dentistes conventionnés, partiellement conventionnés, ou non-conventionnés, indiqueront sur ce document le tarif des prestations les plus courantes et dont la liste sera établie par l'INAMI pour chaque spécialité. Il sera également mentionné sur ce document si le médecin ou le dentiste applique le tiers payant, selon les modalités de la réglementation en vigueur.

En cas de non-respect de cette obligation, une amende administrative de 1.000 euros sera infligée au prestataire concerné. Celle-ci pourra être infligée à nouveau si, dans les trois mois qui suivent la constatation de l'infraction, le prestataire ne s'est pas conformé à la présente loi, et ce autant de fois que nécessaire.

De opbrengst van de geldboeten worden gestort aan het RIZIV.

De Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle wordt belast met de toepassing van dit artikel.»

Art. 3.

Deze wet is van toepassing vanaf 1 maart 2009.

24 juli 2008

Le produit des amendes est versé à l'Institut.

Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux est chargé de l'application du présent article.»

Art. 3.

La présente loi est d'application à partir du 1^{er} mars 2009.

24 juillet 2008

Muriel GERKENS (Ecolo-Groen!)
Tinne VAN DER STRAETEN (Ecolo-Groen!)

BASISTEKST**Gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen****Art. 50.**

§ 1. De betrekkingen tussen de representatieve beroepsorganisaties van het geneesherenkorps en van de tandheelkundigen enerzijds en de verzekeringsinstellingen anderzijds worden geregeld door akkoorden.

Normaal worden de financiële en administratieve betrekkingen tussen de geneesheren of de tandheelkundigen en de rechthebbenden geregeld door de vorenbedoelde akkoorden.

§ 2. Bij de vertegenwoordiging van het geneesherenkorps en van de tandheelkundigen in de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen en in de Nationale commissie tandheelkundigen-ziekenfondsen wordt rekening gehouden met de eventuele minderheden. De vertegenwoordiging van de verzekeringsinstellingen waarborgt voor elke instelling minstens één afgevaardigde.

Beide Commissies mogen samen zitting houden wanneer kwesties van gemeenschappelijk belang op de agenda staan.

De Nationale Commissie geneesheren-ziekenfondsen wordt voorgezeten door een voorzitter die door de Koning wordt benoemd, na advies van de betrokken Commissie.

De beslissingen worden genomen bij drievierde meerderheid zowel van de leden die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen als van de leden die het geneesherenkorps of de tandheelkundigen vertegenwoordigen. Wanneer die quorums niet worden bereikt, en voor zover de meerderheid van de leden die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen en de meerderheid van de leden die het geneesherenkorps of de tandheelkundigen vertegenwoordigen, de voorstellen goedkeuren, legt de voorzitter dezelfde voorstellen ter stemming in een nieuwe vergadering, die moet plaatsvinden binnen vijftien dagen. Wanneer deze dubbele meerderheid tijdens de tweede vergadering opnieuw bereikt wordt, zijn de beslissingen verworven. In de akkoorden tussen de geneesheren en de verzekeringsinstellingen kunnen de aangelegenheden bepaald worden waarvoor de in dit lid bedoelde meerderheden van de leden die het geneesherenkorps vertegenwoordigen al

BASISTEKST AANGEPAST AAN HET VOORSTEL**Gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen****Art. 50.**

§ 1. De betrekkingen tussen de representatieve beroepsorganisaties van het geneesherenkorps en van de tandheelkundigen enerzijds en de verzekeringsinstellingen anderzijds worden geregeld door akkoorden.

Normaal worden de financiële en administratieve betrekkingen tussen de geneesheren of de tandheelkundigen en de rechthebbenden geregeld door de vorenbedoelde akkoorden.

§ 2. Bij de vertegenwoordiging van het geneesherenkorps en van de tandheelkundigen in de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen en in de Nationale commissie tandheelkundigen-ziekenfondsen wordt rekening gehouden met de eventuele minderheden. De vertegenwoordiging van de verzekeringsinstellingen waarborgt voor elke instelling minstens één afgevaardigde.

Beide Commissies mogen samen zitting houden wanneer kwesties van gemeenschappelijk belang op de agenda staan.

De Nationale Commissie geneesheren-ziekenfondsen wordt voorgezeten door een voorzitter die door de Koning wordt benoemd, na advies van de betrokken Commissie.

De beslissingen worden genomen bij drievierde meerderheid zowel van de leden die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen als van de leden die het geneesherenkorps of de tandheelkundigen vertegenwoordigen. Wanneer die quorums niet worden bereikt, en voor zover de meerderheid van de leden die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen en de meerderheid van de leden die het geneesherenkorps of de tandheelkundigen vertegenwoordigen, de voorstellen goedkeuren, legt de voorzitter dezelfde voorstellen ter stemming in een nieuwe vergadering, die moet plaatsvinden binnen vijftien dagen. Wanneer deze dubbele meerderheid tijdens de tweede vergadering opnieuw bereikt wordt, zijn de beslissingen verworven. In de akkoorden tussen de geneesheren en de verzekeringsinstellingen kunnen de aangelegenheden bepaald worden waarvoor de in dit lid bedoelde meerderheden van de leden die het geneesherenkorps vertegenwoordigen al

TEXTE DE BASE

Loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Art. 50.

§ 1^{er}. Les rapports entre les organisations professionnelles représentatives du corps médical et les praticiens de l'art dentaire et les organismes assureurs sont régis par les accords.

Les rapports financiers et administratifs entre les médecins ou les praticiens de l'art dentaire et les bénéficiaires sont normalement régis par les accords précités.

§ 2. La représentation du corps médical et des praticiens de l'art dentaire au sein de la Commission nationale médico-mutualiste et de la Commission nationale dento-mutualiste tient compte des minorités éventuelles; celle des organismes assureurs donne à chacun d'eux la garantie de la présence d'un délégué au moins.

Les deux Commissions peuvent siéger ensemble lorsque des questions relevant d'un intérêt commun sont portées à l'ordre du jour.

La Commission nationale médico-mutualiste [est présidée] par un président nommé par le Roi, après avis de la Commission concernée.

Les décisions sont acquises lorsqu'elles recueillent les trois quarts des voix des membres représentant les organismes assureurs, et les trois quarts des voix des membres représentant le corps médical ou les praticiens de l'art dentaire. Lorsque ces quorums ne sont pas atteints et pour autant que les propositions recueillent la majorité des voix des membres représentant les organismes assureurs et la majorité des voix des membres représentant le corps médical ou les praticiens de l'art dentaire, le président soumet au vote les mêmes propositions lors d'une nouvelle séance qui doit avoir lieu dans les quinze jours. Si cette double majorité est encore atteinte à la seconde séance, les décisions sont acquises. [Les accords conclus entre les médecins et les organismes assureurs peuvent fixer les matières pour lesquelles les majorités des membres représentant le corps médical, visées au présent alinéa, doivent comporter, selon le cas, la moitié des membres qui siègent

TEXTE DE BASE ADAPTÉ À LA PROPOSITION

Loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Art. 50.

§ 1^{er}. Les rapports entre les organisations professionnelles représentatives du corps médical et les praticiens de l'art dentaire et les organismes assureurs sont régis par les accords.

Les rapports financiers et administratifs entre les médecins ou les praticiens de l'art dentaire et les bénéficiaires sont normalement régis par les accords précités.

§ 2. La représentation du corps médical et des praticiens de l'art dentaire au sein de la Commission nationale médico-mutualiste et de la Commission nationale dento-mutualiste tient compte des minorités éventuelles; celle des organismes assureurs donne à chacun d'eux la garantie de la présence d'un délégué au moins.

Les deux Commissions peuvent siéger ensemble lorsque des questions relevant d'un intérêt commun sont portées à l'ordre du jour.

La Commission nationale médico-mutualiste [est présidée] par un président nommé par le Roi, après avis de la Commission concernée.

Les décisions sont acquises lorsqu'elles recueillent les trois quarts des voix des membres représentant les organismes assureurs, et les trois quarts des voix des membres représentant le corps médical ou les praticiens de l'art dentaire. Lorsque ces quorums ne sont pas atteints et pour autant que les propositions recueillent la majorité des voix des membres représentant les organismes assureurs et la majorité des voix des membres représentant le corps médical ou les praticiens de l'art dentaire, le président soumet au vote les mêmes propositions lors d'une nouvelle séance qui doit avoir lieu dans les quinze jours. Si cette double majorité est encore atteinte à la seconde séance, les décisions sont acquises. [Les accords conclus entre les médecins et les organismes assureurs peuvent fixer les matières pour lesquelles les majorités des membres représentant le corps médical, visées au présent alinéa, doivent comporter, selon le cas, la moitié des membres qui siègent

naargelang het geval de helft van de leden die zetelen als algemeen geneeskundige of als geneesheer-specialist moeten bevatten.

De voorzitter is niet stemgerechtigd.

Elke Commissie maakt een huishoudelijk reglement op, dat de Koning ter goedkeuring wordt voorgelegd.

§ 3. Die akkoorden treden in werking in een bepaalde streek, vijfenveertig dagen na hun bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad* behoudens indien meer dan 40 pct. van de geneesheren of van de tandheerkundigen bij een ter post aangetekende brief hun weigering tot toetreding tot de termen van de genoemde akkoorden betekend hebben. Opdat in elke streek de akkoorden in werking kunnen treden, mogen bovendien niet meer dan 50 pct. van de algemeen geneeskundigen, noch meer dan 50 pct. van de geneesheren-specialisten geweigerd hebben tot het akkoord toe te treden.

De ter post aangetekende brief moet ten laatste de dertigste dag na de bekendmaking van de akkoorden in het *Belgisch Staatsblad*, aan de zetel van de in § 2 bedoelde Commissies worden gezonden.

De telling van de geneesheren of tandheerkundigen die hun weigering tot toetreding tot de termen van de akkoorden betekend hebben, wordt streek per streek uitgevoerd door de in § 2 bedoelde Commissies vóór de inwerkingtreding van de akkoorden.

Het postmerk heeft bewijskracht voor de datum van de verzending van de ter post aangetekende brief, bedoeld in het eerste, tweede en het vijfde lid.

Indien de bevoegde Commissie evenwel ter post aangetekende brieven ontvangt, die verzonden zijn na die termijn van vijfenveertig dagen, en die strekken tot intrekking van een weigering tot toetreding die eerder betekend werd, stelt die Commissie vast dat het akkoord in werking treedt in een bepaalde streek, voor zover, ingevolge die brieven, de percentages weigeringen tot toetreding aldaar één van de in het eerste lid bedoelde percentages niet meer overschrijden.

Indien geneesheren of tandheerkundigen, overeenkomstig de bedingen van een akkoord hun weigering betekenen dit verder na te leven, stelt de bevoegde Commissie eventueel vast dat het akkoord geen toepassing meer vindt zo deze nieuwe weigeringen tot gevolg hebben dat de percentages weigeringen tot toetreding voor een bepaalde streek de in het eerste lid bedoelde percentages overschrijden.

naargelang het geval de helft van de leden die zetelen als algemeen geneeskundige of als geneesheer-specialist moeten bevatten.

De voorzitter is niet stemgerechtigd.

Elke Commissie maakt een huishoudelijk reglement op, dat de Koning ter goedkeuring wordt voorgelegd.

§ 3. Die akkoorden treden in werking in een bepaalde streek, vijfenveertig dagen na hun bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad* behoudens indien meer dan 40 pct. van de geneesheren of van de tandheerkundigen bij een ter post aangetekende brief hun weigering tot toetreding tot de termen van de genoemde akkoorden betekend hebben. Opdat in elke streek de akkoorden in werking kunnen treden, mogen bovendien niet meer dan 50 pct. van de algemeen geneeskundigen, noch meer dan 50 pct. van de geneesheren-specialisten geweigerd hebben tot het akkoord toe te treden.

De ter post aangetekende brief moet ten laatste de dertigste dag na de bekendmaking van de akkoorden in het *Belgisch Staatsblad*, aan de zetel van de in § 2 bedoelde Commissies worden gezonden.

De telling van de geneesheren of tandheerkundigen die hun weigering tot toetreding tot de termen van de akkoorden betekend hebben, wordt streek per streek uitgevoerd door de in § 2 bedoelde Commissies vóór de inwerkingtreding van de akkoorden.

Het postmerk heeft bewijskracht voor de datum van de verzending van de ter post aangetekende brief, bedoeld in het eerste, tweede en het vijfde lid.

Indien de bevoegde Commissie evenwel ter post aangetekende brieven ontvangt, die verzonden zijn na die termijn van vijfenveertig dagen, en die strekken tot intrekking van een weigering tot toetreding die eerder betekend werd, stelt die Commissie vast dat het akkoord in werking treedt in een bepaalde streek, voor zover, ingevolge die brieven, de percentages weigeringen tot toetreding aldaar één van de in het eerste lid bedoelde percentages niet meer overschrijden.

Indien geneesheren of tandheerkundigen, overeenkomstig de bedingen van een akkoord hun weigering betekenen dit verder na te leven, stelt de bevoegde Commissie eventueel vast dat het akkoord geen toepassing meer vindt zo deze nieuwe weigeringen tot gevolg hebben dat de percentages weigeringen tot toetreding voor een bepaalde streek de in het eerste lid bedoelde percentages overschrijden.

comme médecins généralistes ou la moitié des membres qui siègent comme médecins-spécialistes.

Le président n'a pas voix délibérative.

Chaque Commission établit un règlement d'ordre intérieur, qui est soumis à l'approbation du Roi.

§ 3. Ces accords entrent en vigueur dans une région déterminée quarante-cinq jours après leur publication au *Moniteur belge*, sauf si plus de 40% des médecins ou des praticiens de l'art dentaire ont notifié, par lettre recommandée à la poste, leur refus d'adhésion aux termes desdits accords. En outre, pour que, dans chaque région, les accords puissent entrer en vigueur, pas plus de 50% des médecins de médecine générale, ni plus de 50% des médecins spécialistes, ne peuvent avoir refusé d'y adhérer.

La lettre recommandée à la poste doit être envoyée au siège des Commissions visées au § 2 au plus tard le trentième jour suivant la publication des accords au *Moniteur belge*.

Le décompte des médecins ou des praticiens de l'art dentaire qui ont notifié leur refus d'adhésion aux termes des accords est établi, région par région, par les Commissions visées au § 2 avant l'entrée en vigueur des accords.

Le cachet de la poste fait foi de la date d'expédition de la lettre recommandée à la poste, visée aux alinéas 1^{er}, 2 et 5.

Toutefois, si la Commission compétente reçoit des lettres recommandées à la poste qui ont été envoyées après l'expiration de ce délai de quarante-cinq jours et qui tendent au retrait d'un refus d'adhésion antérieurement notifié, cette Commission constate que l'accord entre en vigueur dans une région déterminée, pour autant qu'à la suite de ces lettres, les pourcentages de refus d'adhésion n'y dépassent plus un des pourcentages prévus à l'alinéa 1^{er}.

Dans le cas où, conformément aux clauses d'un accord, certains médecins ou praticiens de l'art dentaire notifient leur refus de le respecter plus longtemps, la Commission compétente constate, le cas échéant, que l'accord cesse d'être d'application dès que ces nouveaux refus ont pour conséquence de porter les pourcentages des refus d'adhésion pour une région déterminée au-delà des pourcentages prévus à l'alinéa 1^{er}.

comme médecins généralistes ou la moitié des membres qui siègent comme médecins-spécialistes.

Le président n'a pas voix délibérative.

Chaque Commission établit un règlement d'ordre intérieur, qui est soumis à l'approbation du Roi.

§ 3. Ces accords entrent en vigueur dans une région déterminée quarante-cinq jours après leur publication au *Moniteur belge*, sauf si plus de 40% des médecins ou des praticiens de l'art dentaire ont notifié, par lettre recommandée à la poste, leur refus d'adhésion aux termes desdits accords. En outre, pour que, dans chaque région, les accords puissent entrer en vigueur, pas plus de 50% des médecins de médecine générale, ni plus de 50% des médecins spécialistes, ne peuvent avoir refusé d'y adhérer.

La lettre recommandée à la poste doit être envoyée au siège des Commissions visées au § 2 au plus tard le trentième jour suivant la publication des accords au *Moniteur belge*.

Le décompte des médecins ou des praticiens de l'art dentaire qui ont notifié leur refus d'adhésion aux termes des accords est établi, région par région, par les Commissions visées au § 2 avant l'entrée en vigueur des accords.

Le cachet de la poste fait foi de la date d'expédition de la lettre recommandée à la poste, visée aux alinéas 1^{er}, 2 et 5.

Toutefois, si la Commission compétente reçoit des lettres recommandées à la poste qui ont été envoyées après l'expiration de ce délai de quarante-cinq jours et qui tendent au retrait d'un refus d'adhésion antérieurement notifié, cette Commission constate que l'accord entre en vigueur dans une région déterminée, pour autant qu'à la suite de ces lettres, les pourcentages de refus d'adhésion n'y dépassent plus un des pourcentages prévus à l'alinéa 1^{er}.

Dans le cas où, conformément aux clauses d'un accord, certains médecins ou praticiens de l'art dentaire notifient leur refus de le respecter plus longtemps, la Commission compétente constate, le cas échéant, que l'accord cesse d'être d'application dès que ces nouveaux refus ont pour conséquence de porter les pourcentages des refus d'adhésion pour une région déterminée au-delà des pourcentages prévus à l'alinéa 1^{er}.

De geneesheren en tandheelkundigen die geen weigering tot toetreding tot de akkoorden betekend hebben, worden van rechtswege geacht tot die akkoorden te zijn toegetreden voor hun volledige beroepsactiviteit, behoudens indien zij aan de bevoegde Commissie, volgens de door de Koning te bepalen termijnen en regels, mededeling hebben gedaan van de voorwaarden inzake tijd en plaats, waaronder zij de daarin vastgestelde honorariumbedragen niet zullen toepassen.

Buiten de uren en dagen medegedeeld overeenkomstig het voorgaande lid, worden de zorgverleners geacht tot de akkoorden te zijn toegetreden. Dit geldt ook wanneer zij de gerechtigden niet vooraf geïnformeerd hebben over de dagen en uren waarvoor zij niet tot de akkoorden zijn toegetreden.

§ 3bis. Onverminderd de bepaling van § 3, laatste lid, zijn de uit de nomenclatuur voortvloeiende tarieven de maximumhonoraria die kunnen worden geëist voor verstrekkingen verleend in het raam van raadplegingen in een ziekenhuis, indien de rechthebbende niet voorafgaandelijk door de verplegingsinrichting uitdrukkelijk werd geïnformeerd aangaande het al dan niet toegetreden zijn tot de akkoorden van de zorgverlener op het ogenblik dat de zorgen worden verleend.

De geneesheren en tandheelkundigen die geen weigering tot toetreding tot de akkoorden betekend hebben, worden van rechtswege geacht tot die akkoorden te zijn toegetreden voor hun volledige beroepsactiviteit, behoudens indien zij aan de bevoegde Commissie, volgens de door de Koning te bepalen termijnen en regels, mededeling hebben gedaan van de voorwaarden inzake tijd en plaats, waaronder zij de daarin vastgestelde honorariumbedragen niet zullen toepassen.

Buiten de uren en dagen medegedeeld overeenkomstig het voorgaande lid, worden de zorgverleners geacht tot de akkoorden te zijn toegetreden. Dit geldt ook wanneer zij de gerechtigden niet vooraf geïnformeerd hebben over de dagen en uren waarvoor zij niet tot de akkoorden zijn toegetreden.

§ 3bis. Onverminderd de bepaling van § 3, laatste lid, zijn de uit de nomenclatuur voortvloeiende tarieven de maximumhonoraria die kunnen worden geëist voor verstrekkingen verleend in het raam van raadplegingen in een ziekenhuis, indien de rechthebbende niet voorafgaandelijk door de verplegingsinrichting uitdrukkelijk werd geïnformeerd aangaande het al dan niet toegetreden zijn tot de akkoorden van de zorgverlener op het ogenblik dat de zorgen worden verleend.

§ 3ter. De artsen en tandartsen afficheren in hun wachtkamer een volgens de richtlijnen van de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het RIZIV opgesteld document, dat aangeeft of zij al dan niet tot de akkoord zijn toegetreden, alsook de raadplegingsdagen en -uren tijdens welke zij de krachtens dat akkoord geldende tarieven toepassen en die tijdens welke zij die tarieven niet toepassen.

Wat de instellingen betreft, moet de in het vorige lid bedoelde verplichting in acht worden genomen:

- **hetzij in de wachtkamer;**
- **hetzij in de ontvangstkamer;**
- **hetzij in het inschrijvingslokaal.**

De geconventioneerde, gedeeltelijk geconventioneerde of niet-geconventioneerde artsen en tandartsen geven op dat document het tarief aan van de meest gangbare prestaties, waarvan het RIZIV voor elke specialiteit de lijst opstelt. Dat document vermeldt of de arts dan wel de tandarts de derdebetalersregeling toepast volgens de nadere regels van de vigerende reglementering.

Bij niet-naleving van die verplichting wordt de betrokken zorgverlener een administratieve geldboete van 1000 euro opgelegd. Die geldboete kan zo vaak als nodig is opnieuw worden opgelegd indien de

Les médecins et les praticiens de l'art dentaire qui n'ont pas notifié un refus d'adhésion aux accords, sont réputés d'office avoir adhéré à ces accords pour leur activité professionnelle complète, sauf s'ils ont, dans les délais et suivant les modalités à déterminer par le Roi, communiqué à la Commission compétente les conditions de temps et de lieu dans lesquelles ils n'appliqueront pas le montant des honoraires qui y sont fixés.

En dehors des heures et des jours communiqués conformément à l'alinéa précédent, les dispensateurs de soins sont censés avoir adhéré aux accords. Il en va de même lorsqu'ils n'ont pas informé au préalable les titulaires des jours et heures pour lesquels ils n'ont pas adhéré aux accords.

§ 3bis. Sans préjudice de la disposition du § 3, dernier alinéa, les tarifs qui découlent de la nomenclature sont les honoraires maximums qui peuvent être exigés pour les prestations dispensées dans le cadre des consultations à l'hôpital si, préalablement, le bénéficiaire n'a pas été expressément informé par l'établissement hospitalier sur l'adhésion ou non aux accords du dispensateur de soins au moment où les soins sont dispensés.

Les médecins et les praticiens de l'art dentaire qui n'ont pas notifié un refus d'adhésion aux accords, sont réputés d'office avoir adhéré à ces accords pour leur activité professionnelle complète, sauf s'ils ont, dans les délais et suivant les modalités à déterminer par le Roi, communiqué à la Commission compétente les conditions de temps et de lieu dans lesquelles ils n'appliqueront pas le montant des honoraires qui y sont fixés.

En dehors des heures et des jours communiqués conformément à l'alinéa précédent, les dispensateurs de soins sont censés avoir adhéré aux accords. Il en va de même lorsqu'ils n'ont pas informé au préalable les titulaires des jours et heures pour lesquels ils n'ont pas adhéré aux accords.

§ 3bis. Sans préjudice de la disposition du § 3, dernier alinéa, les tarifs qui découlent de la nomenclature sont les honoraires maximums qui peuvent être exigés pour les prestations dispensées dans le cadre des consultations à l'hôpital si, préalablement, le bénéficiaire n'a pas été expressément informé par l'établissement hospitalier sur l'adhésion ou non aux accords du dispensateur de soins au moment où les soins sont dispensés.

§ 3ter. Les médecins et les dentistes afficheront, dans leur salle d'attente, un document établi suivant les directives du Service des soins de santé de l'INAMI, qui indique s'ils ont adhéré ou non à l'accord, ainsi que les jours et heures de consultation durant lesquels ils appliquent les tarifs de cet accord et ceux durant lesquels ils ne les appliquent pas.

En ce qui concerne les institutions, l'obligation visée à l'alinéa précédent doit être respectée:

- soit dans la salle d'attente;
- soit dans le local de réception;
- soit dans le local d'inscription.

Les médecins et dentistes conventionnés, partiellement conventionnés, ou non-conventionnés, indiqueront sur ce document le tarif des prestations les plus courantes et dont la liste sera établie par l'INAMI pour chaque spécialité. Il sera également mentionné sur ce document si le médecin ou le dentiste applique le tiers payant, selon les modalités de la réglementation en vigueur.

En cas de non-respect de cette obligation, une amende administrative de 1.000 euros sera infligée au prestataire concerné. Celle-ci pourra être infligée à nouveau si, dans les trois mois qui suivent la

§ 4. De grenzen van de streken vallen samen met die van de administratieve arrondissementen van het Rijk. De Koning kan, op voorstel van de bevoegde Nationale commissie, een verschillende omschrijving van de streken vaststellen.

§ 5. De Nationale commissie waarin een akkoord is tot stand gekomen, stelt de modaliteiten vast volgens welke de tekst van het akkoord, samen met een formulier van weigering tot toetreding, aan de geneesheren of aan de tandheelkundigen wordt toegezonden. Die modaliteiten moeten de toezending verzekeren van die bescheiden aan alle geneesheren of tandheelkundigen, ongeacht de gekozen manier van verzenden, alsook hun recht eerbiedigen om hun weigering tot toetreding te betekenen.

§ 6. De akkoorden gesloten in de in § 2 bedoelde Commissies stellen inzonderheid de honoraria vast, die ten overstaan van de rechthebbenden van de verzekering nageleefd worden door de geneesheren en de tandheelkundigen die geacht worden tot de akkoorden toegetreden te zijn.

Zij stellen de voorwaarden vast inzake tijd, plaats, bijzondere eisen of economische toestand van de rechthebbenden, waarin die honoraria mogen worden overschreden. Die honoraria worden bepaald door het vaststellen van factoren waarmee de in artikel 35, § 1, bedoelde betrekkelijke waarden moeten worden vermenigvuldigd, met dien verstande dat de geneesheer of de tandheelkundige zijn honoraria vrij bepaalt voor de verstrekkingen die niet in de nomenclatuur zouden opgenomen zijn.

Inzake de bezoeken of verstrekkingen aan huis wordt voor de reiskosten in de akkoorden het forfaitaire bedrag vastgesteld dat de geneesheren of de tandheelkundigen van de rechthebbenden vorderen, ze mogen bedingen behelzen waarin is voorzien in bijzondere modaliteiten, toepasselijk in een bepaalde streek, eventueel op voorstel van een gewestelijke commissie geneesheren-ziekenfondsen of tandheelkundigen-ziekenfondsen of van de gewestelijke afgevaardigden van de representatieve beroepsorganisaties van het geneesherenkorps of van de tandheelkundigen, en van de verzekeringsinstellingen. Dat forfaitair bedrag kan van streek tot streek verschillen.

zorgverlener zich binnen drie maanden na de vaststelling van de overtreding niet naar deze wet heeft geschikt.

De opbrengst van de geldboeten worden gestort aan het RIZIV.

De Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle wordt belast met de toepassing van dit artikel.

§ 4. De grenzen van de streken vallen samen met die van de administratieve arrondissementen van het Rijk. De Koning kan, op voorstel van de bevoegde Nationale commissie, een verschillende omschrijving van de streken vaststellen.

§ 5. De Nationale commissie waarin een akkoord is tot stand gekomen, stelt de modaliteiten vast volgens welke de tekst van het akkoord, samen met een formulier van weigering tot toetreding, aan de geneesheren of aan de tandheelkundigen wordt toegezonden. Die modaliteiten moeten de toezending verzekeren van die bescheiden aan alle geneesheren of tandheelkundigen, ongeacht de gekozen manier van verzenden, alsook hun recht eerbiedigen om hun weigering tot toetreding te betekenen.

§ 6. De akkoorden gesloten in de in § 2 bedoelde Commissies stellen inzonderheid de honoraria vast, die ten overstaan van de rechthebbenden van de verzekering nageleefd worden door de geneesheren en de tandheelkundigen die geacht worden tot de akkoorden toegetreden te zijn.

Zij stellen de voorwaarden vast inzake tijd, plaats, bijzondere eisen of economische toestand van de rechthebbenden, waarin die honoraria mogen worden overschreden. Die honoraria worden bepaald door het vaststellen van factoren waarmee de in artikel 35, § 1, bedoelde betrekkelijke waarden moeten worden vermenigvuldigd, met dien verstande dat de geneesheer of de tandheelkundige zijn honoraria vrij bepaalt voor de verstrekkingen die niet in de nomenclatuur zouden opgenomen zijn.

Inzake de bezoeken of verstrekkingen aan huis wordt voor de reiskosten in de akkoorden het forfaitaire bedrag vastgesteld dat de geneesheren of de tandheelkundigen van de rechthebbenden vorderen, ze mogen bedingen behelzen waarin is voorzien in bijzondere modaliteiten, toepasselijk in een bepaalde streek, eventueel op voorstel van een gewestelijke commissie geneesheren-ziekenfondsen of tandheelkundigen-ziekenfondsen of van de gewestelijke afgevaardigden van de representatieve beroepsorganisaties van het geneesherenkorps of van de tandheelkundigen, en van de verzekeringsinstellingen. Dat forfaitair bedrag kan van streek tot streek verschillen.

§ 4. Les limites des régions coïncident avec celles des arrondissements administratifs du Royaume. Le Roi peut fixer une délimitation différente des régions, sur proposition de la Commission nationale compétente.

§ 5. La Commission nationale, au sein de laquelle un accord a été conclu, fixe les modalités suivant lesquelles le texte de l'accord accompagné d'une formule de refus d'adhésion est transmis aux médecins ou aux praticiens de l'art dentaire. Ces modalités doivent assurer la transmission à tous les médecins ou praticiens de l'art dentaire de ces documents, quels que soient les modes d'envoi choisis, et respecter leurs droits de notifier leur refus d'adhésion.

§ 6. Les accords, conclus au sein des Commissions visées au § 2, fixent notamment les honoraires qui sont respectés vis-à-vis des bénéficiaires de l'assurance par les médecins et les praticiens de l'art dentaire, qui sont réputés avoir adhéré aux accords.

Ils fixent les conditions de temps, de lieu et d'exigences particulières ou de situation économique des bénéficiaires dans lesquelles ces honoraires peuvent être dépassés. Ces honoraires sont déterminés par la fixation de facteurs de multiplication à appliquer aux valeurs relatives, visées à l'article 35, § 1^{er}, étant entendu que le médecin ou le praticien de l'art dentaire détermine librement ses honoraires pour les prestations qui ne seraient pas reprises dans la nomenclature.

En ce qui concerne les visites ou prestations à domicile, les accords fixent pour les frais de déplacement le montant forfaitaire que les médecins ou les praticiens de l'art dentaire réclament aux bénéficiaires; ils peuvent contenir des clauses prévoyant des modalités particulières applicables dans une région déterminée, éventuellement sur proposition d'une commission médico- ou dento-mutualiste régionale ou des délégués régionaux des organisations professionnelles représentatives du corps médical ou des praticiens de l'art dentaire, et des organismes assureurs. Ce montant forfaitaire peut être différent suivant les régions. Des forfaits différents peu-

constatation de l'infraction, le prestataire ne s'est pas conformé à la présente loi, et ce autant de fois que nécessaire.

Le produit des amendes est versé à l'Institut.

Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux est chargé de l'application du présent article.

§ 4. Les limites des régions coïncident avec celles des arrondissements administratifs du Royaume. Le Roi peut fixer une délimitation différente des régions, sur proposition de la Commission nationale compétente.

§ 5. La Commission nationale, au sein de laquelle un accord a été conclu, fixe les modalités suivant lesquelles le texte de l'accord accompagné d'une formule de refus d'adhésion est transmis aux médecins ou aux praticiens de l'art dentaire. Ces modalités doivent assurer la transmission à tous les médecins ou praticiens de l'art dentaire de ces documents, quels que soient les modes d'envoi choisis, et respecter leurs droits de notifier leur refus d'adhésion.

§ 6. Les accords, conclus au sein des Commissions visées au § 2, fixent notamment les honoraires qui sont respectés vis-à-vis des bénéficiaires de l'assurance par les médecins et les praticiens de l'art dentaire, qui sont réputés avoir adhéré aux accords.

Ils fixent les conditions de temps, de lieu et d'exigences particulières ou de situation économique des bénéficiaires dans lesquelles ces honoraires peuvent être dépassés. Ces honoraires sont déterminés par la fixation de facteurs de multiplication à appliquer aux valeurs relatives, visées à l'article 35, § 1^{er}, étant entendu que le médecin ou le praticien de l'art dentaire détermine librement ses honoraires pour les prestations qui ne seraient pas reprises dans la nomenclature.

En ce qui concerne les visites ou prestations à domicile, les accords fixent pour les frais de déplacement le montant forfaitaire que les médecins ou les praticiens de l'art dentaire réclament aux bénéficiaires; ils peuvent contenir des clauses prévoyant des modalités particulières applicables dans une région déterminée, éventuellement sur proposition d'une commission médico- ou dento-mutualiste régionale ou des délégués régionaux des organisations professionnelles représentatives du corps médical ou des praticiens de l'art dentaire, et des organismes assureurs. Ce montant forfaitaire peut être différent suivant les régions. Des forfaits différents peu-

Om tegemoet te komen aan bijzondere toestanden kan in éénzelfde streek eventueel in verschillende forfaitaire bedragen worden voorzien.

Voor de gevallen waarin een geneesheer-specialist of een tandheeldkundige door de huisarts ter consult wordt geroepen ten huize van de zieke, mag in het akkoord een kilometervergoeding voor verplaatsingen worden vastgesteld.

De akkoorden kunnen voorzien in een tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in de organisatiekosten van cursussen voor aanvullende opleiding voor geneesheren.

De akkoorden kunnen ook een forfaitaire tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging bedingen, die door het Instituut, ten laste van het budget van de honoraria wordt gestort aan de zorgverleners die voldoen aan bijkomende voorwaarden, andere dan die betreffende de bekwaming. Het op 13 december 1993 gesloten nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen wordt geacht te voorzien in een dergelijke tegemoetkoming waarvan het jaarbedrag is vastgesteld op 20.000 frank voor het jaar 1995.

In de akkoorden kunnen bovendien de voorwaarden bepaald worden waarbij de zorgverlener voor een bepaalde periode niet meer beantwoordt aan de accreditatievoorwaarden, bedoeld in artikel 36ter, wanneer bij toepassing van artikel 141, §§ 2 en 3, tegen hem minstens twee sancties werden uitgesproken tijdens een periode van vier kalenderjaren.

§ 7. De akkoorden voorzien in strafbedingen in de zin van de artikelen 1226 tot en met 1233 van het Burgerlijk Wetboek, die kunnen worden toegepast op de geneesheer of de tandheeldkundige die de bepalingen van de akkoorden niet naleeft.

Zij kunnen eveneens bepalen dat de Nationale commissie waarin het akkoord is gesloten, bevoegd is om de geschillen bij te leggen die kunnen rijzen inzake de interpretatie of de uitvoering van de akkoorden en dat zij het advies van de bevoegde technische raad kan inwinnen wanneer het geschil betrekking heeft op de interpretatie van de nomenclatuur.

§ 8. De akkoorden, gesloten in de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen en in de Nationale commissie tandheeldkundigen-ziekenfondsen, worden gesloten voor een periode van ten minste twee jaar.

Niettemin kan het Verzekeringscomité, in uitzonderlijke omstandigheden, een akkoord van minder dan twee jaar aanvaarden.

Om tegemoet te komen aan bijzondere toestanden kan in éénzelfde streek eventueel in verschillende forfaitaire bedragen worden voorzien.

Voor de gevallen waarin een geneesheer-specialist of een tandheeldkundige door de huisarts ter consult wordt geroepen ten huize van de zieke, mag in het akkoord een kilometervergoeding voor verplaatsingen worden vastgesteld.

De akkoorden kunnen voorzien in een tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in de organisatiekosten van cursussen voor aanvullende opleiding voor geneesheren.

De akkoorden kunnen ook een forfaitaire tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging bedingen, die door het Instituut, ten laste van het budget van de honoraria wordt gestort aan de zorgverleners die voldoen aan bijkomende voorwaarden, andere dan die betreffende de bekwaming. Het op 13 december 1993 gesloten nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen wordt geacht te voorzien in een dergelijke tegemoetkoming waarvan het jaarbedrag is vastgesteld op 20.000 frank voor het jaar 1995.

In de akkoorden kunnen bovendien de voorwaarden bepaald worden waarbij de zorgverlener voor een bepaalde periode niet meer beantwoordt aan de accreditatievoorwaarden, bedoeld in artikel 36ter, wanneer bij toepassing van artikel 141, §§ 2 en 3, tegen hem minstens twee sancties werden uitgesproken tijdens een periode van vier kalenderjaren.

§ 7. De akkoorden voorzien in strafbedingen in de zin van de artikelen 1226 tot en met 1233 van het Burgerlijk Wetboek, die kunnen worden toegepast op de geneesheer of de tandheeldkundige die de bepalingen van de akkoorden niet naleeft.

Zij kunnen eveneens bepalen dat de Nationale commissie waarin het akkoord is gesloten, bevoegd is om de geschillen bij te leggen die kunnen rijzen inzake de interpretatie of de uitvoering van de akkoorden en dat zij het advies van de bevoegde technische raad kan inwinnen wanneer het geschil betrekking heeft op de interpretatie van de nomenclatuur.

§ 8. De akkoorden, gesloten in de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen en in de Nationale commissie tandheeldkundigen-ziekenfondsen, worden gesloten voor een periode van ten minste twee jaar.

Niettemin kan het Verzekeringscomité, in uitzonderlijke omstandigheden, een akkoord van minder dan twee jaar aanvaarden.

vent éventuellement être prévus à l'intérieur d'une même région afin de rencontrer des situations particulières.

Pour les cas où un médecin spécialiste ou un praticien de l'art dentaire est appelé en consultation au domicile du malade par le médecin traitant, l'accord peut fixer une indemnité kilométrique de déplacement.

Les accords peuvent prévoir une intervention de l'assurance soins de santé dans les frais d'organisation de cours de formation complémentaire en faveur des médecins.

Les accords peuvent aussi prévoir une intervention forfaitaire de l'assurance soins de santé obligatoire versée par l'Institut, à charge du budget des honoraires, aux dispensateurs de soins répondant à des conditions supplémentaires autres que celles relatives à la qualification. L'accord national médico-mutualiste conclu le 13 décembre 1993 est censé prévoir une telle intervention dont le montant annuel est fixé à 20.000 francs pour l'année 1995.

Les accords peuvent en outre prévoir les conditions dans lesquelles le dispensateur de soins ne répond plus, pour une période déterminée, aux conditions de l'accréditation, visées à l'article 36^{ter}, si en application de l'article 141, §§ 2 et 3, il fait l'objet d'au moins deux sanctions au cours d'une période de 4 années civiles.

§ 7. Les accords prévoient des clauses pénales au sens des articles 1226 à 1233 du Code civil, qui peuvent être appliquées au médecin ou au praticien de l'art dentaire qui ne respecte pas les dispositions des accords.

Ils peuvent prévoir également que la Commission nationale au sein de laquelle a été conclu l'accord individuel est compétente pour concilier les contestations qui peuvent surgir à propos de l'interprétation ou de l'exécution des accords et qu'elle peut prendre l'avis du conseil technique compétent lorsque la contestation porte sur l'interprétation de la nomenclature.

§ 8. Les accords conclus au sein de la Commission nationale médico-mutualiste et de la Commission nationale dento-mutualiste sont conclus pour une durée de deux ans au moins.

Toutefois le Comité de l'assurance peut, dans des circonstances exceptionnelles, approuver un accord d'une durée inférieure à deux ans.

vent éventuellement être prévus à l'intérieur d'une même région afin de rencontrer des situations particulières.

Pour les cas où un médecin spécialiste ou un praticien de l'art dentaire est appelé en consultation au domicile du malade par le médecin traitant, l'accord peut fixer une indemnité kilométrique de déplacement.

Les accords peuvent prévoir une intervention de l'assurance soins de santé dans les frais d'organisation de cours de formation complémentaire en faveur des médecins.

Les accords peuvent aussi prévoir une intervention forfaitaire de l'assurance soins de santé obligatoire versée par l'Institut, à charge du budget des honoraires, aux dispensateurs de soins répondant à des conditions supplémentaires autres que celles relatives à la qualification. L'accord national médico-mutualiste conclu le 13 décembre 1993 est censé prévoir une telle intervention dont le montant annuel est fixé à 20.000 francs pour l'année 1995.

Les accords peuvent en outre prévoir les conditions dans lesquelles le dispensateur de soins ne répond plus, pour une période déterminée, aux conditions de l'accréditation, visées à l'article 36^{ter}, si en application de l'article 141, §§ 2 et 3, il fait l'objet d'au moins deux sanctions au cours d'une période de 4 années civiles.

§ 7. Les accords prévoient des clauses pénales au sens des articles 1226 à 1233 du Code civil, qui peuvent être appliquées au médecin ou au praticien de l'art dentaire qui ne respecte pas les dispositions des accords.

Ils peuvent prévoir également que la Commission nationale au sein de laquelle a été conclu l'accord individuel est compétente pour concilier les contestations qui peuvent surgir à propos de l'interprétation ou de l'exécution des accords et qu'elle peut prendre l'avis du conseil technique compétent lorsque la contestation porte sur l'interprétation de la nomenclature.

§ 8. Les accords conclus au sein de la Commission nationale médico-mutualiste et de la Commission nationale dento-mutualiste sont conclus pour une durée de deux ans au moins.

Toutefois le Comité de l'assurance peut, dans des circonstances exceptionnelles, approuver un accord d'une durée inférieure à deux ans.

In de akkoorden, gesloten in de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen en de Nationale commissie tandheelkundigen-ziekenfondsen, moeten, bovendien, bepalingen worden opgenomen betreffende een algemene opzegging of een opzegging die beperkt is tot bepaalde verstrekkingen of groepen van verstrekkingen, of tot bepaalde zorgverleners, alsmede modaliteiten betreffende de individuele opzegging van die akkoorden, als de niet in de akkoorden opgenomen correctiemaatregelen niet zijn goedgekeurd door de vertegenwoordigers van de geneesheren of van de tandheelkundigen volgens de regels die zijn vastgesteld in de §§ 2 en 3, zevende en achtste lid.

§ 9. De voorzitter van de Nationale commissie roept de Commissie uiterlijk drie maanden vóór de datum van het verstrijken van het lopende akkoord bijeen.

Hij organiseert de werkzaamheden van de Commissie derwijze dat met de onder § 10 omschreven procedure een aanvang kan worden gemaakt uiterlijk één maand vóór het verstrijken van het lopende akkoord en dat ermee kan geëindigd worden uiterlijk op de datum van het verstrijken van het akkoord.

§ 10. In geval van moeilijkheden, die voortkomen van een percentage weigeringen tot toetreding, hetwelk in één of meer streken eventueel hoger ligt dan die, bedoeld in § 3, onderzoekt de betrokken Nationale commissie de toestand en kan zij, na raadpleging van de gewestelijke afgevaardigden van het geneesherenkorps of van de tandheelkundigen en van de verzekeringsinstellingen, oplossingen voorstellen die de inwerkingtreding van de akkoorden in deze of die streken toelaten.

De Commissie stelt, streek per streek, vast dat het akkoord in werking kan treden, hetzij omdat de in § 3 bedoelde percentages weigeringen tot toetreding niet langer overschreden worden hetzij omdat de in het vorige lid overwogen oplossingen werden bereikt.

§ 11. Wanneer op de datum van het verstrijken van een akkoord of een in artikel 51, § 1, zesde lid, 2°, bedoeld document, geen nieuw akkoord is gesloten of wanneer een nieuw akkoord of document niet in alle streken van het land in werking kan treden of blijven, kan de Koning, voor het hele land of voor bepaalde streken van het land, voor alle of voor bepaalde verstrekkingen en voor alle of bepaalde categorieën van rechthebbenden, maximum honoraria vaststellen. Hij kan tevens het bedrag van de forfaitaire tegemoetkoming vaststellen bedoeld in § 6, zesde lid.

Indien voornoemde maatregel genomen wordt ten aanzien van alle rechthebbenden en ze voor de vaststelling van de honoraria naar de tarieven van het akkoord of

In de akkoorden, gesloten in de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen en de Nationale commissie tandheelkundigen-ziekenfondsen, moeten, bovendien, bepalingen worden opgenomen betreffende een algemene opzegging of een opzegging die beperkt is tot bepaalde verstrekkingen of groepen van verstrekkingen, of tot bepaalde zorgverleners, alsmede modaliteiten betreffende de individuele opzegging van die akkoorden, als de niet in de akkoorden opgenomen correctiemaatregelen niet zijn goedgekeurd door de vertegenwoordigers van de geneesheren of van de tandheelkundigen volgens de regels die zijn vastgesteld in de §§ 2 en 3, zevende en achtste lid.

§ 9. De voorzitter van de Nationale commissie roept de Commissie uiterlijk drie maanden vóór de datum van het verstrijken van het lopende akkoord bijeen.

Hij organiseert de werkzaamheden van de Commissie derwijze dat met de onder § 10 omschreven procedure een aanvang kan worden gemaakt uiterlijk één maand vóór het verstrijken van het lopende akkoord en dat ermee kan geëindigd worden uiterlijk op de datum van het verstrijken van het akkoord.

§ 10. In geval van moeilijkheden, die voortkomen van een percentage weigeringen tot toetreding, hetwelk in één of meer streken eventueel hoger ligt dan die, bedoeld in § 3, onderzoekt de betrokken Nationale commissie de toestand en kan zij, na raadpleging van de gewestelijke afgevaardigden van het geneesherenkorps of van de tandheelkundigen en van de verzekeringsinstellingen, oplossingen voorstellen die de inwerkingtreding van de akkoorden in deze of die streken toelaten.

De Commissie stelt, streek per streek, vast dat het akkoord in werking kan treden, hetzij omdat de in § 3 bedoelde percentages weigeringen tot toetreding niet langer overschreden worden hetzij omdat de in het vorige lid overwogen oplossingen werden bereikt.

§ 11. Wanneer op de datum van het verstrijken van een akkoord of een in artikel 51, § 1, zesde lid, 2°, bedoeld document, geen nieuw akkoord is gesloten of wanneer een nieuw akkoord of document niet in alle streken van het land in werking kan treden of blijven, kan de Koning, voor het hele land of voor bepaalde streken van het land, voor alle of voor bepaalde verstrekkingen en voor alle of bepaalde categorieën van rechthebbenden, maximum honoraria vaststellen. Hij kan tevens het bedrag van de forfaitaire tegemoetkoming vaststellen bedoeld in § 6, zesde lid.

Indien voornoemde maatregel genomen wordt ten aanzien van alle rechthebbenden en ze voor de vaststelling van de honoraria naar de tarieven van het akkoord of

Les accords conclus au sein de la Commission nationale médico-mutualiste et de la Commission nationale dento-mutualiste doivent, en outre, prévoir des dispositions concernant une dénonciation générale ou limitée à certaines prestations ou groupes de prestations ou à certains dispensateurs de soins, ainsi que des modalités de dénonciation individuelle desdits accords lorsque les mesures correctrices non prévues dans les accords n'ont pas été approuvées par les représentants du corps médical ou des praticiens de l'art dentaire selon les règles prévues aux §§ 2 et 3, alinéas 7 et 8.

§ 9. Le président de la Commission nationale convoque la Commission au plus tard trois mois avant la date d'expiration de l'accord en cours.

Il organise les travaux de la Commission de telle sorte que la procédure décrite au § 10 puisse être entamée au plus tard un mois avant l'expiration de l'accord en cours, et terminée au plus tard à la date d'expiration de l'accord.

§ 10. En cas de difficultés suscitées par un pourcentage de refus d'adhésion éventuellement supérieur à ceux visés au § 3, dans une ou plusieurs régions, la Commission nationale intéressée examine la situation et peut proposer, après consultation des délégués régionaux du corps médical ou des praticiens de l'art dentaire et des organismes assureurs, des solutions permettant la mise en vigueur des accords dans cette ou ces régions.

La Commission constate, région par région, que l'accord peut entrer en vigueur, soit que les pourcentages de refus d'adhésion, prévus au § 3, ne sont plus dépassés, soit que les solutions envisagées à l'alinéa précédent, ont été obtenues.

§ 11. Si à la date de l'expiration d'un accord ou d'un document visé à l'article 51, § 1^{er}, alinéa 6, 2^o, aucun nouvel accord n'a été conclu ou si un nouvel accord ou un nouveau document ne peut pas entrer ou rester en vigueur dans toutes les régions du pays, le Roi peut, notamment, pour l'ensemble du pays ou pour certaines régions du pays et pour toutes ou certaines prestations et pour toutes ou certaines catégories de bénéficiaires, fixer des tarifs maximum d'honoraires. Il peut également fixer le montant de l'intervention forfaitaire visée au § 6, alinéa 6.

Si la mesure précitée est prise à l'égard de tous les bénéficiaires et qu'il est renvoyé pour la fixation des honoraires aux tarifs de l'accord ou du document, les

Les accords conclus au sein de la Commission nationale médico-mutualiste et de la Commission nationale dento-mutualiste doivent, en outre, prévoir des dispositions concernant une dénonciation générale ou limitée à certaines prestations ou groupes de prestations ou à certains dispensateurs de soins, ainsi que des modalités de dénonciation individuelle desdits accords lorsque les mesures correctrices non prévues dans les accords n'ont pas été approuvées par les représentants du corps médical ou des praticiens de l'art dentaire selon les règles prévues aux §§ 2 et 3, alinéas 7 et 8.

§ 9. Le président de la Commission nationale convoque la Commission au plus tard trois mois avant la date d'expiration de l'accord en cours.

Il organise les travaux de la Commission de telle sorte que la procédure décrite au § 10 puisse être entamée au plus tard un mois avant l'expiration de l'accord en cours, et terminée au plus tard à la date d'expiration de l'accord.

§ 10. En cas de difficultés suscitées par un pourcentage de refus d'adhésion éventuellement supérieur à ceux visés au § 3, dans une ou plusieurs régions, la Commission nationale intéressée examine la situation et peut proposer, après consultation des délégués régionaux du corps médical ou des praticiens de l'art dentaire et des organismes assureurs, des solutions permettant la mise en vigueur des accords dans cette ou ces régions.

La Commission constate, région par région, que l'accord peut entrer en vigueur, soit que les pourcentages de refus d'adhésion, prévus au § 3, ne sont plus dépassés, soit que les solutions envisagées à l'alinéa précédent, ont été obtenues.

§ 11. Si à la date de l'expiration d'un accord ou d'un document visé à l'article 51, § 1^{er}, alinéa 6, 2^o, aucun nouvel accord n'a été conclu ou si un nouvel accord ou un nouveau document ne peut pas entrer ou rester en vigueur dans toutes les régions du pays, le Roi peut, notamment, pour l'ensemble du pays ou pour certaines régions du pays et pour toutes ou certaines prestations et pour toutes ou certaines catégories de bénéficiaires, fixer des tarifs maximum d'honoraires. Il peut également fixer le montant de l'intervention forfaitaire visée au § 6, alinéa 6.

Si la mesure précitée est prise à l'égard de tous les bénéficiaires et qu'il est renvoyé pour la fixation des honoraires aux tarifs de l'accord ou du document, les

het document verwijzen, blijven of worden de bepalingen bedoeld in bedoeld akkoord of document toegepast op de geneesheren en tandheelkundigen die in die streken hun weigering tot toetreding tot de termen van genoemd akkoord of document niet hebben ter kennis gebracht binnen de in § 3 bedoelde termijn; in dat geval wordt de krachtens het eerste lid genomen maatregel op hen niet toegepast.

Indien op de datum van het verstrijken van een akkoord of document geen nieuw akkoord kon worden gesloten of indien een nieuw akkoord is gesloten of een document in het *Belgisch Staatsblad* werd bekendgemaakt, maar de bedragen en de honoraria nog niet in werking zijn getreden, stelt de Koning de berekeningsbasis vast voor de krachtens artikel 37 verschuldigde verzekeringstegemoetkomingen.

Indien er geen besluit wordt genomen ter uitvoering van het vorige lid, blijven de in het verstreken akkoord of document vastgestelde bedragen en honoraria voorlopig als berekeningsbasis dienen voor de verzekeringstegemoetkoming.

§ 12. De nationale akkoorden geneesheren-ziekenfondsen bevatten bepalingen die een bijkomende herwaardering van de honoraria van een of meer groepen van zorgverleners afhankelijk maken van de beheersing van de evolutie van de uitgaven voor sommige geneeskundige verstrekkingen waarop die groep of groepen van zorgverleners door hun praktijk een invloed kunnen hebben. Vorenbedoelde herwaardering kan ook betrekking hebben op een van de twee delen van de honoraria, die zijn omschreven in artikel 68, § 1.

Het bedrag van deze bijkomende herwaardering moet gekoppeld worden aan een minder snelle stijging van de uitgaven in de in het akkoord aangeduide sectoren.

Niettemin kan het Verzekeringscomité, in uitzonderlijke omstandigheden, een akkoord goedkeuren dat dergelijke bepalingen niet bevat.

het document verwijzen, blijven of worden de bepalingen bedoeld in bedoeld akkoord of document toegepast op de geneesheren en tandheelkundigen die in die streken hun weigering tot toetreding tot de termen van genoemd akkoord of document niet hebben ter kennis gebracht binnen de in § 3 bedoelde termijn; in dat geval wordt de krachtens het eerste lid genomen maatregel op hen niet toegepast.

Indien op de datum van het verstrijken van een akkoord of document geen nieuw akkoord kon worden gesloten of indien een nieuw akkoord is gesloten of een document in het *Belgisch Staatsblad* werd bekendgemaakt, maar de bedragen en de honoraria nog niet in werking zijn getreden, stelt de Koning de berekeningsbasis vast voor de krachtens artikel 37 verschuldigde verzekeringstegemoetkomingen.

Indien er geen besluit wordt genomen ter uitvoering van het vorige lid, blijven de in het verstreken akkoord of document vastgestelde bedragen en honoraria voorlopig als berekeningsbasis dienen voor de verzekeringstegemoetkoming.

§ 12. De nationale akkoorden geneesheren-ziekenfondsen bevatten bepalingen die een bijkomende herwaardering van de honoraria van een of meer groepen van zorgverleners afhankelijk maken van de beheersing van de evolutie van de uitgaven voor sommige geneeskundige verstrekkingen waarop die groep of groepen van zorgverleners door hun praktijk een invloed kunnen hebben. Vorenbedoelde herwaardering kan ook betrekking hebben op een van de twee delen van de honoraria, die zijn omschreven in artikel 68, § 1.

Het bedrag van deze bijkomende herwaardering moet gekoppeld worden aan een minder snelle stijging van de uitgaven in de in het akkoord aangeduide sectoren.

Niettemin kan het Verzekeringscomité, in uitzonderlijke omstandigheden, een akkoord goedkeuren dat dergelijke bepalingen niet bevat.

dispositions prévues par l'accord ou le document précité resteront ou seront appliquées aux médecins et praticiens de l'art dentaire, qui, dans ces régions, n'ont pas notifié, dans les délais visés au § 3, leur refus d'adhésion aux termes de l'accord ou du document précité; dans ce cas la mesure prise en vertu de l'alinéa 1^{er}, ne leur sera pas applicable.

Si à la date d'expiration d'un accord ou d'un document, un nouvel accord n'a pas pu être conclu ou si un nouvel accord a été conclu ou un document a été publié au *Moniteur belge*, mais que les montants et les honoraires ne sont pas encore entrés en vigueur, le Roi fixe la base de calcul des interventions de l'assurance dues en vertu de l'article 37.

S'il n'est pas pris d'arrêté en exécution de l'alinéa précédent, les montants et honoraires fixés dans l'accord ou le document venu à expiration continuent momentanément à servir de base de calcul de l'intervention de l'assurance.

§ 12. Les accords nationaux médico-mutualistes contiennent des dispositions subordonnant une revalorisation supplémentaire des honoraires d'un ou de plusieurs groupes de dispensateurs de soins à la maîtrise de l'évolution des dépenses pour certaines prestations de santé que ce ou ces groupes de dispensateurs peuvent influencer par leur pratique. La revalorisation susvisée peut aussi porter sur une des deux parties des honoraires définies à l'article 68, § 1^{er}.

Le montant de cette revalorisation supplémentaire doit être lié à une diminution de la progression des dépenses dans les secteurs identifiés dans l'accord.

Toutefois, le Comité de l'assurance peut, dans des circonstances exceptionnelles, approuver un accord qui ne contient pas de telles dispositions.

dispositions prévues par l'accord ou le document précité resteront ou seront appliquées aux médecins et praticiens de l'art dentaire, qui, dans ces régions, n'ont pas notifié, dans les délais visés au § 3, leur refus d'adhésion aux termes de l'accord ou du document précité; dans ce cas la mesure prise en vertu de l'alinéa 1^{er}, ne leur sera pas applicable.

Si à la date d'expiration d'un accord ou d'un document, un nouvel accord n'a pas pu être conclu ou si un nouvel accord a été conclu ou un document a été publié au *Moniteur belge*, mais que les montants et les honoraires ne sont pas encore entrés en vigueur, le Roi fixe la base de calcul des interventions de l'assurance dues en vertu de l'article 37.

S'il n'est pas pris d'arrêté en exécution de l'alinéa précédent, les montants et honoraires fixés dans l'accord ou le document venu à expiration continuent momentanément à servir de base de calcul de l'intervention de l'assurance.

§ 12. Les accords nationaux médico-mutualistes contiennent des dispositions subordonnant une revalorisation supplémentaire des honoraires d'un ou de plusieurs groupes de dispensateurs de soins à la maîtrise de l'évolution des dépenses pour certaines prestations de santé que ce ou ces groupes de dispensateurs peuvent influencer par leur pratique. La revalorisation susvisée peut aussi porter sur une des deux parties des honoraires définies à l'article 68, § 1^{er}.

Le montant de cette revalorisation supplémentaire doit être lié à une diminution de la progression des dépenses dans les secteurs identifiés dans l'accord.

Toutefois, le Comité de l'assurance peut, dans des circonstances exceptionnelles, approuver un accord qui ne contient pas de telles dispositions.