

ROYAUME DE BELGIQUE

**SERVICE PUBLIC FÉDÉRAL
SÉCURITÉ SOCIALE**

Arrêté royal modifiant 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, cordonnée le 14 juillet 1994, relatif aux maisons médicales.

**Philippe, Roi des Belges,
A tous, présents et à venir,
Salut.**

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 52, § 1^{er}, modifié par les lois du 24 décembre 1999, 14 janvier 2002 et du 6 septembre 2004 ;

Vu 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, cordonnée le 14 juillet 1994, relatif aux maisons médicales ;

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 21 mars 2019 ;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité du 29 avril 2019 ;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le @ ;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le @ ;

Vu l'avis @ du Conseil d'Etat, donné le @ en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2^o, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973 ;

Sur la proposition de la Ministre des Affaires sociales,

NOUS AVONS ARRETE ET ARRETONS :

Article 1^{er}. À l'article 1^{er} de l'arrêté royal du 23 avril 2013 portant exécution de l'article 52, § 1^{er},

KONINKRIJK BELGIE

**FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID**

Koninklijk besluit tot wijziging van 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.

**Filip, 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 gecoördineerd op 14 juli 1994, artikel 52, § 1, gewijzigd door de wetten van 24 december 1999, 14 januari 2002 en 6 september 2004 ;

Gelet op 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 ;

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 21 maart 2019 ;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering van 29 april 2019 ;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op @ ;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting van @ ;

Gelet op het advies @ van de Raad van State, gegeven op @ met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2^o, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973 ;

Op de voordracht van de Minister van Sociale Zaken,

HEBBEN WIJ BESLOTEN EN BESLUITEN WIJ :

Artikel 1. In artikel 1 van het koninklijk besluit van 23 april 2013 tot uitvoering van artikel 52, § 1, van

de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, les 5° et 6° sont abrogés.

Art. 2. À l'article 2 du même arrêté, le deuxième alinéa est remplacé par la disposition suivante :

« Le paiement forfaitaire des prestations peut couvrir tout ou partie des prestations définies dans l'article 4 qui peuvent être effectuées par tout dispensateur de soins qui adhère aux conventions ou accords sur les tarifs, et qui répond aux conditions d'accréditation fixées conformément à l'article 36bis de la loi. »

Art. 3. L'article 5 du même arrêté est remplacé par la disposition suivante:

“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 pour tous les bénéficiaires inscrits dans cette maison médicale;

2° pour un groupe existant de dispensateurs de soins qui offre au moins un des groupes de prestations visés à l'article 4 à 500 bénéficiaires minimum et conclut un accord tel que visé au Chapitre III Section I du présent arrêté, pour l'ensemble des bénéficiaires;

3° pour les bénéficiaires d'une maison médicale débutante qui ne répond pas aux critères du 2°.”

Art. 4. À l'article 6 du même arrêté royal sont apportées les modifications suivantes:

1° le §1 est remplacé par la disposition suivante:

“§ 1^{er}. Le forfait mensuel comme visé à l'article 5, 1°, et 2°, 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 de toutes les maisons médicales qui offrent le groupe de prestations aux bénéficiaires;

de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, worden 5° en 6° opgeheven.

Art. 2. In artikel 2 van hetzelfde besluit wordt de tweede alinea vervangen door de volgende bepaling:

“De forfaitaire betaling van de verstrekkingen kan alle of een gedeelte van de in artikel 4 bepaalde verstrekkingen dekken die kunnen worden verricht door iedere zorgverlener die toetreedt tot de tarievenovereenkomsten of de tarievenakkoorden en die beantwoordt aan de accrediteringsvoorwaarden vastgesteld overeenkomstig artikel 36bis van de wet.”

Art. 3. Artikel 5 van hetzelfde besluit wordt vervangen door de volgende bepaling:

“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 medisch huis voor alle rechthebbenden ingeschreven in dat medisch huis;

2° voor een bestaande groep van zorgverleners die minstens één van de groepen van verstrekkingen bedoeld in artikel 4 aanbiedt aan minstens 500 rechthebbenden en een akkoord sluit zoals bedoeld in Hoofdstuk III Afdeling I van onderhavig besluit, voor alle rechthebbenden;

3° voor de rechthebbenden van een startend medisch huis dat niet beantwoordt aan 2°.”

Art. 4. In artikel 6 van hetzelfde koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° §1 wordt vervangen door de volgende bepaling:

“§ 1. Het vast maandelijks bedrag zoals bedoeld in artikel 5, 1°, en 2°, wordt jaarlijks bepaald overeenkomstig de volgende regels :

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

2° le budget global visé au 1° est divisé par le nombre total de bénéficiaires appartenant à la population de toutes les maisons médicales 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 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 pour lequel le montant forfaitaire est calculé dans l'année précédente et, d'autre part, les dépenses moyennes totales par bénéficiaire pour le groupe de prestations 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 de la maison médicale qui répond à la variable et, d'autre part, le nombre global de bénéficiaires du groupe de prestations qui appartient à la population de la maison médicale et, d'autre part,

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

2° Au § 5, les mots « prestations 102771 et 102395 » sont remplacés par les mots « pour les prestations 102771 ».

3° Le § 6 est remplacé par la disposition suivante :

§ 6. Les maisons médicales transfèrent aux organismes assureurs toutes les échelles d'évaluation ainsi que toutes les modifications ou tous les renouvellements des échelles d'évaluation concernant leurs bénéficiaires

2° het globale budget bedoeld in 1° wordt gedeeld door het totaal aantal rechthebbenden dat behoort tot de populatie van alle 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 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 waarvoor het forfaitair bedrag wordt berekend in het voorgaande jaar enerzijds en de totale gemiddelde uitgaven per rechthebbende voor de groep van verstrekkingen in het laatste jaar waarvoor de variabele werd berekend anderzijds

vermenigvuldigd met het verschil tussen

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

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

2° In § 5 worden de woorden "verstrekkingen 102771 en 102395" vervangen door de woorden "voor de verstrekking 102771"

3° § 6 wordt vervangen door de volgende bepaling :

§6. De medische huizen maken aan de verzekeringsinstellingen alle evaluatieschalen en alle wijzigingen en hernieuwingen van de evaluatieschalen zoals bepaald in bijlage 3 van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van

inscrits comme stipulé dans l'annexe 3 du règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le cas échéant, les maisons médicales communiquent aux organismes assureurs, au plus tard le 31 décembre de l'année, qu'aucune échelle d'évaluation n'a été réalisée au cours de l'année pour leurs bénéficiaires inscrits.

Les organismes assureurs enregistrent les échelles d'évaluation et les informations qui en découlent, afin que la Commission puisse décider comment ils peuvent être prises en compte dans le calcul des montants forfaitaires.

Art. 5. L'article 7 du même arrêté est remplacé par la disposition suivante:

"Les calculs décrits dans l'article 6 sont réalisés conformément à la formule reproduite en annexe au présent arrêté".

Art. 6. L'article 8 du même arrêté est remplacé par la disposition suivante:

"Le forfait mensuel comme visé à l'article 5, 3°, est égal à la moyenne des montants forfaitaires calculée en application de l'article 6, §1^{er}, pour les populations des maisons médicales qui ne répondent pas à la définition de l'article 1.6° du présent arrêté tel qu'il était en vigueur jusqu'au 30 juin 2019 inclus."

L'accord pour le paiement forfaitaire prend fin après la troisième année si la maison médicale compte moins de 500 bénéficiaires inscrits après trente mois. La Commission fixe les modalités d'application de cette disposition. »

Art. 7. L'article 9, §1^{er}, du même arrêté est remplacé par la disposition suivante:

"§1^{er}. Si, en vertu de l'application des articles 6 à 8 inclus, la somme des montants mensuels pour chaque groupe de prestations comme prévu dans l'article 4 pour une maison médicale est inférieure à la somme de ces montants de l'année précédente, alors la réduction du montant se limite à:

1/3 de la différence pour les montants pour la première année; de la différence pour les montants pour la deuxième année;

Aucune limitation de la différence n'est appliquée aux montants pour la troisième année et les années suivantes.

artikel 22,11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 betreffende hun ingeschreven rechthebbenden over.

In voorkomend geval delen de medische huizen ten laatste op 31 december van het jaar aan de verzekeringsinstellingen mee dat in de loop van het jaar voor geen van hun ingeschreven rechthebbenden een evaluatieschaal is opgemaakt.

De verzekeringsinstellingen registreren de evaluatieschalen en de informatie die er uit voortvloeit, zodat de Commissie kan beslissen op welke manier deze kunnen aangewend worden bij de berekening van de forfaitaire bedragen.

Art. 5. Artikel 7 van hetzelfde besluit wordt vervangen door de volgende bepaling :

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

Art. 6. Artikel 8 van hetzelfde besluit wordt vervangen door de volgende bepaling :

"Het vast maandelijks bedrag zoals bedoeld in artikel 5, 3°, is gelijk aan het gemiddelde van de forfaitaire bedragen berekend met toepassing van artikel 6,§1, voor de populaties van de medische huizen die niet beantwoorden aan de definitie van artikel 1,6° van onderhavig besluit zoals het tot en met 30 juni 2019 van kracht was.

Het akkoord voor de forfaitaire betaling neemt een einde na het derde jaar indien het medisch huis na dertig maanden minder dan 500 ingeschreven rechthebbenden telt. De commissie bepaalt de modaliteiten voor de toepassing van deze bepaling."

Art. 7. Artikel 9, §1, van hetzelfde besluit wordt vervangen door de volgende bepaling:

"§1. Indien door de toepassing van de artikelen 6 tot en met 8 de som van de maandelijks bedragen voor elk van de groepen van verstrekkingen zoals bedoeld in artikel 4 voor een medisch huis lager is dan de som van die bedragen voor het voorgaande jaar, dan wordt de verlaging van het bedrag beperkt tot:

1/3 van het verschil voor de bedragen voor het eerste jaar; van het verschil voor de bedragen voor het tweede jaar.

Op de bedragen voor het derde jaar en volgende wordt geen beperking van het verschil toegepast.

Au plus tard trois mois avant l'application de ce paragraphe, la Commission évalue l'application de ce paragraphe aux maisons médicales individuelles en vue d'une éventuelle modification.

Art. 8. À l'article 10 du même arrêté, le deuxième alinéa est remplacé par la disposition suivante :

« La commission évalue annuellement l'application globale des dispositions de ce chapitre, en particulier à la lumière de l'évolution des caractéristiques des populations des maisons médicales. »

La Commission estime annuellement les moyens financiers nécessaires à l'exécution de cet arrêté, en tenant compte, en particulier, de l'évolution du nombre de bénéficiaires inscrits dans une maison médicale et de leurs caractéristiques. La Commission transmet son estimation annuelle au Comité de l'assurance et au Conseil général.

La Commission prend des mesures adéquates et précises si les ressources financières fixées par le Conseil général pour les maisons médicales sont dépassées, en tenant compte de la spécificité de la formation des honoraires découlant de l'application de cet arrêté et, le cas échéant, sur la base des informations provenant de l'enregistrement visé à l'article 14.»

Art. 9. L'article 11 du même arrêté est remplacé par la disposition suivante:

"Lors de l'application de l'article 6, la Commission peut tenir compte du fait que les bénéficiaires ou une partie des bénéficiaires inscrits auprès d'une maison médicale étaient inscrits auparavant auprès d'une autre maison médicale: le cas échéant cette information est communiquée au Comité de l'assurance."

Art. 10. Dans le même arrêté, il est inséré un article 11/1 rédigé comme suit :

« Les dispensateurs de soins de la maison médicale répondent aux conditions d'accréditation visées à l'article 2, au plus tard une année après avoir rejoint le groupe des dispensateurs de soins de la maison médicale. La Commission fixe les modalités d'application de cette disposition. »

Art. 11. Dans l'article 12 du même arrêté, un alinéa est ajouté, libellé comme suit :

Ten laatste drie maanden voor de toepassing van deze paragraaf evalueert de Commissie de toepassing van deze paragraaf op de individuele medische huizen ,met oog op een eventuele wijziging ervan.

Art. 8. In artikel 10 van hetzelfde besluit wordt de tweede alinea vervangen door de volgende bepaling :

"De commissie evalueert jaarlijks de globale toepassing van de bepalingen van dit hoofdstuk, in het bijzonder in het licht van de evolutie van de kenmerken van de populaties van de medische huizen.

De commissie raamt jaarlijks de financiële middelen die nodig zijn voor de uitvoering van dit besluit, en houdt daarbij in het bijzonder rekening met de evolutie van het aantal ingeschreven rechthebbenden in een medisch huis en de karakteristieken van deze rechthebbenden. De commissie maakt haar jaarlijkse raming over aan het Verzekeringscomité en aan de Algemene Raad.

De commissie neemt passende en accurate maatregelen indien de door de Algemene Raad vastgestelde financiële middelen voor de medische huizen worden overschreden, rekening houdend met de specificiteit van de honorariavorming die voortvloeit uit de toepassing van dit besluit, en, in voorkomend geval, op basis van de informatie die voortspuit uit de registratie bedoeld in artikel 14."

Art. 9. Artikel 11 van hetzelfde besluit wordt vervangen door de volgende bepaling :

"Bij de toepassing van artikel 6 kan de Commissie rekening houden met het feit dat de rechthebbenden of een deel van de rechthebbenden ingeschreven bij een medisch huis voorheen ingeschreven waren bij een ander medisch huis : in voorkomend geval wordt dit meegedeeld aan het Verzekeringscomité."

Art. 10. In hetzelfde besluit wordt een artikel 11/1 ingevoegd, luidend als volgt :

"De zorgverleners van het medisch huis voldoen aan de accrediteringsvoorwaarden bedoeld in artikel 2, ten laatste één jaar nadat zij deel uitmaken van de groep van zorgverleners van het medisch huis. De Commissie bepaalt de modaliteiten voor de toepassing van deze bepaling."

Art. 11. In artikel 12 van hetzelfde besluit wordt een alinea toegevoegd, luidend als volgt :

« L'indexation visée à l'alinéa précédent n'est pas appliquée au montant forfaitaire concernant le groupe de prestations visé à l'article 4, 1°, si la maison médicale n'applique pas l'article 6, § 6.

Le cas échéant, la partie de la masse d'indexation résultant de l'application de l'alinéa précédent est répartie entre les montants forfaitaires relatifs au groupe de prestations visé à l'article 4, 1° des autres maisons médicales. »

Art. 12. L'article 13, § 3, du même arrêté est remplacé par la disposition suivante :

« Art. 13, §3.

Les accords de paiement forfaitaire des prestations sont conclus avec un dispensateur de soins ou un groupe de dispensateurs collaborant dans le cadre d'une personne morale, pour une période initiale de trois ans.

La maison médicale transmet au plus tard le 15 juin de chaque année un rapport d'activités et un rapport financier relatif à l'année précédente au Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité et à la Commission. Le rapport d'activité contient toutes les données qui permettent de vérifier si les prestataires de soins de la maison médicale répondent aux conditions d'accréditation visées à l'article 2.

Sur proposition de la Commission, le Comité de l'assurance définit le contenu et le modèle :

- du rapport d'activités, conformément à l'enregistrement de données visé à l'article 14 ;
- du rapport financier, en particulier en vue du contrôle de la spécificité de l'utilisation des ressources financières issues du paiement des montants forfaitaires.

Le Comité de l'assurance peut demander à la Commission de formuler les propositions dans un délai qu'il aura défini. Si la Commission ne formule pas de propositions dans le délai fixé, le Comité de l'assurance peut exécuter lui-même cette disposition.

S'il ressort des rapports des deux premières années que la maison médicale ne respecte pas les dispositions de cet arrêté ou de l'accord, les organismes assureurs peuvent dénoncer l'accord moyennant un délai de dénonciation d'au moins six mois.

La Commission définit les modalités que doit appliquer la maison médicale dont l'accord a été dénoncé, dans le cadre de la cessation du

« De indexering bedoeld in de vorige alinea wordt niet toegepast op het forfaitair bedrag betreffende de groep van verstrekkingen bedoeld in artikel 4, 1°, indien het medisch huis geen toepassing maakt van artikel 6, §6.

In voorkomend geval wordt het deel van de indexmassa dat voortvloeit uit de toepassing van de vorige alinea verdeeld over de forfaitaire bedragen betreffende de groep van verstrekkingen bedoeld in artikel 4, 1°, van de andere medische huizen. »

Art. 12. Artikel 13, §3, van hetzelfde besluit wordt vervangen door de volgende bepaling :

« Art. 13, §3.

De akkoorden voor de forfaitaire betaling van de verstrekkingen worden gesloten met een zorgverlener of een groep van zorgverleners die samenwerken in het kader van een rechtspersoon en voor een initiële periode van drie jaar.

Ten laatste op 15 juni van ieder jaar maakt het medisch huis een activiteitenverslag en een financieel verslag met betrekking tot het voorgaande jaar over aan de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering en aan de Commissie. Het activiteitenverslag bevat alle gegevens die toelaten na te gaan of de zorgverleners van het medisch huis voldoen aan de accrediteringsvoorwaarden zoals bedoeld in artikel 2.

Op voorstel van de Commissie bepaalt het Verzekeringscomité de inhoud en het model van :

- het activiteitenverslag, in overeenstemming met de gegevensregistratie bedoeld in artikel 14;
- het financieel verslag, in het bijzonder met het oog op de controle van de specificiteit van de besteding van de financiële middelen die voortvloeien uit de betaling van de forfaitaire bedragen.

Het Verzekeringscomité kan aan de Commissie vragen de voorstellen te formuleren binnen een door hem vastgestelde termijn. Indien de Commissie binnen de vastgestelde termijn geen voorstellen formuleert, kan het Verzekeringscomité deze bepaling zelf uitvoeren.

Indien uit de verslagen van de eerste twee jaren blijkt dat het medisch huis de bepalingen van dit besluit of van het akkoord niet naleeft, kunnen de verzekeringsinstellingen mits een opzegtermijn van minstens zes maanden het akkoord opzeggen.

De Commissie bepaalt de modaliteiten die het medisch huis waarvan het akkoord is opgezegd, moet toepassen in het raam van het beëindigen van

paiement forfaitaire, vis-à-vis des bénéficiaires inscrits, des organismes assureurs et du Service des soins de santé.

Si les dispositions du cinquième alinéa ne sont pas appliquées au plus tard six mois avant la fin de la troisième année, la période initiale de trois ans visée au premier alinéa est prolongée de trois ans.

La Commission fixe les modalités et les délais de notification du forfait mensuel fixé annuellement à chaque maison médicale. Le dispensateur de soins ou le groupe de dispensateurs de soins peut dénoncer l'accord dans les 30 jours qui suivent la notification du forfait mensuel fixé annuellement qui lui est applicable. »

Art.13. L'article 14 du même arrêté royal est remplacé par la disposition suivante :

« Sur proposition de la Commission, le Comité de l'assurance fixe les critères en matière d'activité minimale ou maximale dans le cadre du paiement forfaitaire, le maximum de l'activité qu'une maison médicale peut faire sous-traiter par des dispensateurs de soins qui ne font pas partie du groupe de dispensateurs de la maison médicale et des règles spécifiques quant à l'organisation de la continuité des soins.

Sur proposition de la Commission, le Comité de l'assurance détermine le contenu et la forme d'un modèle d'enregistrement des données, notamment en vue d'établir et de suivre des indicateurs de bonnes pratiques et d'affiner les variables utilisées pour calculer les montants forfaitaires.

Le Comité de l'assurance peut demander à la Commission de formuler les propositions dans un délai qu'il aura défini. Si la Commission ne formule pas de propositions dans le délai fixé, le Comité de l'assurance peut exécuter lui-même cette disposition.

Art. 14. § 1er. Cet arrêté entre en vigueur le 1^{er} juillet 2019.

§ 2. Pour les maisons médicales qui ont déjà conclu un accord sur le paiement forfaitaire des prestations au moment de l'entrée en vigueur du présent arrêté :

1° la disposition de l'article 12 s'applique à partir du premier jour du septième mois suivant l'entrée en vigueur du présent arrêté

de forfaitaire betaling, ten aanzien van de ingeschreven rechthebbenden, de verzekeringsinstellingen en de Dienst voor geneeskundige verzorging.

Indien ten laatste zes maanden voor het einde van het derde jaar geen toepassing wordt gemaakt van de bepalingen van de vijfde alinea, wordt de initiële periode van drie jaar bedoeld in de eerste alinea verlengd met een periode van drie jaar.

De Commissie bepaalt de modaliteiten en de termijnen voor de kennisgeving van het jaarlijks berekend vast maandelijks bedrag aan elk medisch huis. Binnen de 30 dagen na de kennisgeving van het jaarlijks berekend vast maandelijks bedrag dat op hem van toepassing is, kan de zorgverlener of de groep van zorgverleners het akkoord opzeggen."

Art.13. Artikel 14 van hetzelfde besluit wordt vervangen door de volgende bepaling :

"Op voorstel van de Commissie bepaalt het Verzekeringscomité criteria inzake minimale of maximale activiteit in het kader van de forfaitaire betaling, het maximum van de activiteit die door een medisch huis kan worden uitbesteed aan zorgverleners die geen deel uitmaken van de groep van zorgverleners van het medisch huis en specifieke regels over de organisatie van de zorgcontinuïteit.

Op voorstel van de Commissie bepaalt het Verzekeringscomité de inhoud en de vorm van een model van gegevensregistratie in het bijzonder met oog op het instellen en opvolgen van indicatoren van goede praktijkvoering en het verfijnen van de variabelen die worden aangewend bij het berekenen van de forfaitaire bedragen.

Het Verzekeringscomité kan aan de Commissie vragen de voorstellen te formuleren binnen een door hem vastgestelde termijn. Indien de Commissie binnen de vastgestelde termijn geen voorstellen formuleert, kan het Verzekeringscomité deze bepaling zelf uitvoeren.

Art. 14. §1. Dit besluit treedt in werking op 1 juli 2019.

§2. Voor de medische huizen die op het moment van het inwerkingtreden van dit besluit reeds een akkoord voor de forfaitaire betaling van de verstrekkingen hebben gesloten :

1° is de bepaling opgenomen in artikel 12 van toepassing vanaf de eerste dag van de zevende maand na het inwerkingtreden van dit besluit;

2° la période initiale des trois ans visée dans la disposition reprise à l'article 12 débute le jour de l'entrée en vigueur du présent arrêté ;

3° la condition de la personnalité juridique visée à l'article 11 s'applique à compter du premier jour du septième mois suivant l'entrée en vigueur du présent arrêté. »

§ 3. Les dispositions reprises dans l'article 4, 3°, et dans l'article 11 entreront en vigueur le 1^{er} janvier 2020.

2° start de initiële periode van drie jaar bedoeld in de bepaling opgenomen in artikel 12 op de dag van het inwerkingtreden van dit besluit;

3° geldt de voorwaarde van de rechtspersoonlijkheid bedoeld in artikel 12 vanaf de eerste dag van de zevende maand na het inwerkingtreden van dit besluit.”

§3. De bepalingen die zijn opgenomen in artikel 4,3° en in artikel 11 treden in werking op 1 januari 2020.

Art. 15. Le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à

Art. 15. De minister bevoegd voor Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te

PAR LE ROI :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé
publique,

VAN KONINGSWEGE :

De Minister van Sociale Zaken en
Volksgezondheid,

M. DE BLOCK



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

d = groupe de prestations visés à l'Art. 4, ou discipline ;

$F_{z,d}^a$ = forfait pour la maison médicale a , pour l'année z et pour la discipline d ;

X_d = somme des forfaits de la population dans les maisons médicales, pour toutes les maisons qui proposent la discipline d ;

N_d = nombre de bénéficiaires dans toutes les maisons médicales qui proposent la discipline d ;

v = nombre de variables dans le modèle ;

$\beta_{i,d}^{z-2}$ = la valeur de chaque variable i calculée par l'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 – le calcul de cette valeur prend en compte les dépenses du groupe de prestations d correspondant) ;

A_i =

(nombre de bénéficiaires de la population dans l'année $z-1$ dans LA maison a qui sont concernés par la variable)/(nombre total de patients de la maison médicale a) ;

$\bar{M}_{i,d}$ =

(nombre de bénéficiaires de la population DES maisons médicales qui proposent la discipline d à l'année $z-1$, et qui sont concernés par la variable i)/(population totale DES maisons médicales qui proposent la discipline d en l'année $z-1$).

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

d = groepen van verstrekkingen bedoeld in Art. 4, of discipline;

$F_{z,d}^a$ = Forfait voor het medische huis a , voor jaar z en voor discipline d ;

X_d = som van alle forfaits van de populatie in alle medische huizen die discipline d aanbieden;

N_d = aantal rechthebbenden in alle medische huizen die discipline d aanbieden ;

v = aantal variabelen in het model

$\beta_{i,d}^{z-2}$ = waarde van elke variabele i berekend door het 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" – de berekening van die waarde gebeurt op basis van de uitgaven voor de desbetreffende groep van verstrekkingen d)

A_i =

(aantal rechthebbenden in het jaar $z-1$ behorend tot de populatie van HET medisch huis a , op wie de variabele betrekking heeft)/(totaal aantal patiënten van HET medisch huis a);

$\bar{M}_{i,d}$ =

(aantal rechthebbenden behorend tot de populatie van DE medische huizen die in het jaar $z-1$ discipline d aanbieden, op wie de variabele i betrekking heeft)/(totale populatie van DE 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.

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

Vu pur être annexé à Notre arrêté du @ 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.

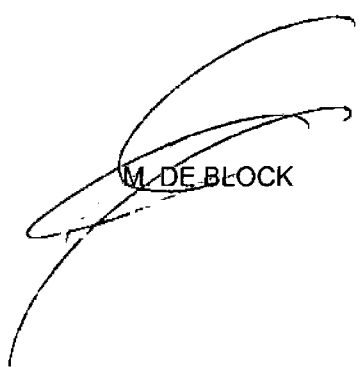
Gezien om gevoegd te worden bij Ons besluit van @ tot uitvoering van artikel 52, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat betreft de medische huizen.

PAR LE ROI,

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

VAN KONINGSWEGE,

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,



M. DE BLOCK