

ACCORD NATIONAL MEDICO-MUTUALISTE

2013-2014

En vertu des articles 26, 50 et 51 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, la Commission nationale médico-mutualiste (ci-après CNMM) a conclu le 23 janvier 2013, sous la présidence de M. Johan DE COCK, l'accord qui suit pour les années 2013 et 2014.

1. CONTEXTE

La CNMM est convaincue que la crise économique et financière actuelle réclame des efforts à différents niveaux. Elle rappelle avoir proposé, au cours de 2012, plusieurs mesures tant sur le plan de la maîtrise de l'utilisation des médicaments que sur le plan des adaptations de la nomenclature qui doivent permettre de rester dans les limites des marges financières fixées. De cette manière, la CNMM a pris son entière responsabilité pour assurer l'indispensable sécurité tarifaire.

La CNMM insiste par ailleurs pour que dans la période à venir, les principes du système de concertation en place soient respectés, notamment sur le plan de la procédure budgétaire, et qu'il ne soit pas pris d'initiatives qui ébranleraient de façon unilatérale les équilibres existants du système d'accords.

La CNMM a pris connaissance de la loi du 27 décembre 2012 portant des dispositions diverses en matière d'accessibilité aux soins de santé. Elle constate que le système de tiers payant social obligatoire pour certains groupes cibles sociaux ne sera pas mis en place pendant la période d'application de l'accord et que les procédures de concertation classique seront respectées lors de la mise en place. En outre, l'instauration de l'interdiction de suppléments d'honoraires en dehors des chambres individuelles en ce qui concerne l'hospitalisation de jour fera l'objet d'un avis préalable. Enfin, il est prévu légalement que les dispositions en matière de suppléments d'honoraires dans les hôpitaux ne peuvent être adaptées qu'après qu'une concertation ait été menée à ce sujet au sein de la CNMM selon la procédure décisionnelle actuelle figurant à l'article 50, § 2, de la loi SSI.

2. OBJECTIF BUDGETAIRE PARTIEL 2013

La CNMM prend connaissance du montant de l'objectif budgétaire partiel qui a été décidé par le Gouvernement et, le 3 décembre 2012, communiqué au Conseil général de l'INAMI. L'objectif budgétaire partiel a été fixé à 7.554.667 milliers d'euros pour 2013.

L'objectif budgétaire partiel 2013 affiche de cette manière une hausse de 3,43 p.c. par rapport à l'objectif 2012 et de 2,64 p.c. par rapport aux estimations techniques de l'INAMI de septembre 2012.

L'objectif budgétaire partiel prévoit une marge pour la réalisation du projet « mammographie digitale » (8,3 millions d'euros) et pour le projet « chirurgie orthopédique main pied » (3,1 millions d'euros).

3. ECONOMIES

La CNMM constate que pour l'année 2013, un effort doit être fait à concurrence de 105 millions d'euros par rapport aux dernières estimations disponibles de l'INAMI. La répartition de ces économies décidée par le Gouvernement provient pour un montant de 82,3 millions d'euros du dépassement prévu de l'objectif budgétaire partiel 2012 dans les secteurs de la biologie clinique, l'imagerie médicale, les prestations spéciales, la chirurgie, la gynécologie, les montants forfaitaires et divers, pour 20 millions d'euros à la suite d'une diminution de volume estimée en matière d'imagerie médicale et pour 2,7 millions d'une limitation de la prime télématique. La CNMM a adapté la répartition de cet effort comme mentionné au point 4.

La CNMM souhaite examiner de manière approfondie les causes du dépassement prévu pour le 30 juin 2013 et vérifier si celui-ci résulte d'évolutions spécifiques de volume ou s'il a également été influencé par une modification de la vitesse de facturation dans le secteur des hôpitaux. Les estimations techniques de l'INAMI tiendront compte des résultats de cette analyse pour 2014.

4. MESURES

Dans le cadre financier esquissé, la CNMM propose les mesures suivantes :

4.1. Mesures concernant les médecins généralistes

Les honoraires pour les prestations mentionnées à l'article 2 de la nomenclature ainsi que les honoraires pour les trajets de soins seront majorés de 2 % pour les médecins généralistes à partir du 1^{er} février 2013.

Les prestations techniques pour les médecins généralistes seront indexées de 1 %.

La mesure supplément de permanence attesté pour les consultations entre 18 et 21 heures (pseudo code de nomenclature 101113) et la disponibilité pour le service de garde organisé (101091) est prolongée jusque fin 2014 et les suppléments d'honoraires en vigueur actuellement sont fixés à 4 euros à partir du 1^{er} février 2013. En outre, la mesure sera ancrée de manière structurelle dans la nomenclature au cours de l'accord.

Les montants des honoraires de disponibilité et des indemnités dans le cadre du régime Impulseo sont fixés à 6,07 euros par heure de disponibilité et à maximum 6.213,90 euros pour une intervention coût salarial et à maximum 3.474,00 euros pour un remboursement coût pour services.

Le montant de la prime de télématique sera fixé pour 2013 à 806 euros. À l'avenir, la CNMM souhaite lier l'octroi de la prime de télématique à l'utilisation effective du dossier médical informatisé (voir 5.4).

Conformément aux propositions de la CNMM, approuvées le 25 juin 2012, la gestion du DMG pourra être prolongée à partir du 1^{er} janvier 2014 au moyen du système My Carenet. Cependant, les médecins gardent la possibilité d'opter expressément pour le régime actuellement en vigueur.

Le régime provisoire du volet préventif du DMG est prolongé pour la durée de l'accord (voir aussi 5.2).

Le montant de l'allocation de pratique est fixé à 1.650 euros, suivant les conditions prévues dans l'accord national médico-mutualiste du 13 décembre 2010 et suivant les modalités administratives fixées par la CNMM.

De cette manière, une masse d'honoraires de 6 millions d'euros reste disponible. Ce montant sera utilisé dans le cadre des postes de garde de médecine générale et des projets assimilés (voir 5.3).

4.2. Mesures concernant les médecins spécialistes

4.2.1. Les honoraires pour les prestations mentionnées à l'article 2 et à l'article 25 de la nomenclature ainsi que les honoraires pour les trajets de soins seront majorés de 2 % pour les médecins spécialistes à partir du 1^{er} février 2013.

Toutefois, pour les médecins spécialistes non accrédités, les honoraires de surveillance et certains honoraires forfaitaires de biologie clinique et d'imagerie médicale, qui correspondent aux prestations spécifiques pour les médecins accrédités qui renferment une valeur Q, seront maintenus au niveau du 31 décembre 2012.

Les montants pour les honoraires de disponibilité sont fixés pour 2013 à 353,10 euros par week-end, 211,86 euros par jour férié qui ne tombe pas un week-end et à 141,23 euros pour un jour férié légal qui tombe un vendredi ou un lundi et à 257,56 euros pour les honoraires de permanence dans le service E.

Les prestations spéciales seront augmentées de 1,5 % à partir du 1^{er} février 2013 en ce qui concerne la chirurgie, la réanimation, l'anesthésiologie et la gynécologie.

Les honoraires pour dialyse sont maintenus au niveau du 31 décembre 2012.

Les autres prestations spéciales seront augmentées de 1 %.

L'enveloppe pour la biologie clinique sera fixée pour l'année 2013 à 1 284 419 milliers d'euros.

La CNMM confirme le principe selon lequel les médecins qui souscrivent au présent accord en ce qui concerne les chambres à deux lits et les chambres communes en hôpital de jour ne peuvent réclamer de suppléments d'honoraires par rapport aux tarifs de l'accord.

4.2.2. Imagerie médicale

L'enveloppe de l'imagerie médicale est fixée à 1.173.196 milliers d'euros pour l'année 2013. L'enveloppe tient compte des effets de volume d'une réforme de l'imagerie médicale. Cet effet a été estimé à 20 millions d'euros par le Gouvernement et n'a pas été pris en compte dans les tarifs. Dans la mesure où le résultat estimé à 20 millions d'euros en 2013 n'est pas atteint, il sera vérifié sur la base d'une analyse d'audit sous quelles conditions par des mesures de correction le montant en question peut être imputé aux prescripteurs ou dispensateurs concernés.

Les prestations pour imagerie médicale sont majorées de 1,5% à partir du 1^{er} février 2013.

Dans l'attente de corrections structurelles qui doivent entrer en vigueur au plus tard le 1^{er} mai 2013 et qui seront prises sur la base d'un rapport d'audit de l'ensemble du secteur de l'imagerie médicale, les valeurs des lettres-clés pour les prestations en matière d'échocardiographie et de coronarographie seront diminuées de 6,7% jusqu'à cette date.

Sur la base de l'avis du Conseil national des établissements hospitaliers actuellement en préparation, une concertation sera entamée avec le groupe professionnel au sujet d'un plan pluriannuel concret. La CNMM insiste pour qu'elle soit associée à cette concertation. A ce sujet un financement plus cohérent doit être recherché.

Le plan doit permettre d'améliorer l'infrastructure, ainsi que d'accroître l'accessibilité et d'améliorer la qualité des soins.

À cet égard, la programmation en matière d'appareils RMN sera revue en liaison avec un moratoire en matière d'appareils CT. De même, il sera développé un registre des appareils onéreux à fortes doses ionisantes.

Une nouvelle campagne de sensibilisation du public et des prescripteurs sera organisée et une diffusion et un feed-back encore meilleurs sur les *guidelines* médicales seront mis en place. Par ailleurs, dans le cadre de l'eHealth, des initiatives seront prises pour stimuler la prescription par voie électronique et réduire le double emploi. Il sera déterminé sous quelles conditions le radiologue peut adapter une prescription en vue d'un diagnostic qui soit davantage « evidence based » comme c'est déjà le cas dans le secteur de la biologie clinique (art. 24, § 9, 3^o, de la nomenclature).

La CNMM souhaite contribuer activement à la réalisation des objectifs qui précèdent dans le cadre d'un trajet pluriannuel.

4.2.3. Mesures de correction positives

Les mesures précitées font qu'un certain nombre de corrections peuvent être apportées :

- 1) en ce qui concerne les consultations et les honoraires de surveillance pour un montant de 8.537 milliers d'euros :
 - les consultations des neurologues et des pédiatres porteurs du titre professionnel en neurologie pédiatrique (102174 et 102675) sont majorées de 5%. Une majoration similaire sera appliquée aux honoraires de consultation pour les pneumologues (102130 et 102631), les rhumatologues (102152 et 102653) et les gériatres (102896, 102911, 102233) ;

- les honoraires pour l'examen d'un bénéficiaire admis dans un hôpital par un médecin spécialiste à la demande du médecin qui en assure le suivi et qui appartient à une autre spécialité agréée sont majorés de 25% ;
- l'alignement des honoraires de surveillance dans une section pédiatrie par un neurologue pédiatrique. La liste des médecins spécialistes concernés est communiquée par l'INAMI aux organismes assureurs ;
- en ce qui concerne les dermato-vénérologues, la valeur Q des consultations est majorée de 1,5 euros ;

2) aux prestations techniques suivantes pour un montant de 5.052 milliers d'euros :

- la revalorisation du code de nomenclature 469895-469906 (échographie gynécologie) de 15% ;
- la revalorisation des codes de nomenclature 258156-258160, 258171-258182, 253551-253562, 253573-253584 (revalorisation otoplastie) pour un montant global de 516 milliers d'euros. Le Conseil technique médical est chargé d'examiner une révision sur la base de cette intervention, ciblée sur certains groupes-cibles (en particulier les jeunes enfants ;
- la revalorisation des codes de nomenclature 243611-243622 de 33,3% et 244053-244064 de 12,5% (chirurgie abdominale), des codes de nomenclature 227253-227264 de 30,8% (chirurgie thoracique) et des codes de nomenclature 354351-354362 de 50% ;
- les prestations techniques visées à l'article 22 de la nomenclature pour les médecins spécialistes en médecine physique et en rééducation fonctionnelle sont indexées de 2% ;

Les mesures précitées seront réalisées via une adaptation des valeurs des lettres-clés à partir du 1^{er} février 2013.

- la revalorisation des codes de nomenclature 252453-252464, 252475-252486, 252534-252545, 252556-252560 et 252571-252582 de 50% (chirurgie mammaire reconstructrice après une opération). Cette revalorisation sera réalisée après une concertation avec une représentation des associations de chirurgie plastique afin d'obtenir des garanties sur une limitation proportionnelle des suppléments utilisés.

Cette mesure sera exécutée via une adaptation de la nomenclature sur la base des résultats de la concertation qui débutera le 1^{er} février 2013.

4.3. Accréditation

Les honoraires d'accréditation forfaitaires seront fixés à 605 euros en 2013 et 2014. En 2013, le montant en question est majoré une fois de 100 euros. Il sera vérifié dans quelle mesure les procédures administratives peuvent être simplifiées, notamment à la lumière de la jurisprudence du Conseil d'État.

4.4. Incitation à adhérer entièrement à l'accord

Au cours de l'accord, une allocation annuelle est octroyée aux médecins qui ont entièrement adhéré à l'accord au cours de l'année civile sur laquelle porte l'intervention selon les modalités suivantes :

- a) pour les médecins généralistes pour autant qu'ils remplissent les conditions pour l'octroi de l'allocation de pratique ;
- b) pour les médecins spécialistes pour autant que le montant total des prestations attestées à l'assurance maladie obligatoire par an s'élève à 15.000 euros minimum. À cet effet, il est tenu compte des prestations de la deuxième année qui précède l'année d'octroi – sauf pour les médecins spécialistes agréés pendant les deux premières années de leur entrée en fonction.

Le montant de l'allocation annuelle est fixé à 434 euros et est octroyé selon les modalités administratives fixées par la CNMM.

4.5. Objectif budgétaire partiel 2014

La CNMM souhaite que lors de la fixation des tarifs 2014 il soit prioritairement libéré une marge pour compenser d'une part, la partie du financement des postes de garde de médecine générale imputée à la masse d'index 2013 et, d'autre part, une dépense supplémentaire récurrente de 1.098 milliers d'euros.

4.6. Recommandations

La CNMM recommande aux médecins non conventionnés de ne demander aucun supplément, en chambre commune ou à 2 lits, tant en hospitalisation de jour pour les bénéficiaires de l'intervention majorée et les malades chroniques qu'en hospitalisation de jour oncologique pour tous les bénéficiaires.

La CNMM souhaite que les revalorisations prévues au point 4.2.3 auront un effet positif sur les montants qui sont portés en compte au patient.

5. PROGRAMME DE TRAVAIL 2013-2014

5.1. Chapitre IV

La CNMM souhaite que la charge administrative qui accompagne les demandes et les contrôles des médicaments chapitre IV soit réduite. Sur la base de l'évaluation des constatations faites en 2012, les procédures de contrôle seront mieux ciblées. Lors de cette évaluation, l'application uniforme des procédures de contrôle par les organismes assureurs sera également abordée. Des propositions concrètes seront préparées pour le 31 mars 2013 dans un groupe de travail en présence de représentants de la Cellule stratégique. Elle insiste sur une réalisation rapide de l'échange électronique des demandes et l'approbation des médicaments concernés, tant dans le secteur ambulatoire que dans le secteur hospitalier.

5.2. Module de prévention

La CNMM décide de prolonger jusqu'au 31 décembre 2014 la réglementation de nomenclature pour la gestion du module de prévention dans le cadre du dossier médical global (code de nomenclature 102395).

La CNMM évaluera dans le courant de 2013 l'utilisation et l'effet du module de prévention. L'Agence intermutualiste est invitée à analyser la facturation du module de prévention pendant les années 2011 et 2012 et vérifier quels sont les effets mesurables du module sur la mise en place des soins préventifs liés aux différents items du module (vaccinations, examens de dépistage du cancer...).

La CNMM développera plus avant, sur la base de cette évaluation, sa politique quant au rôle préventif du médecin généraliste après 2013 en vue d'un taux de participation plus élevé.

5.3. Soutien des services de garde de médecins généralistes

La CNMM continuera de développer et d'intégrer les différents instruments de sa politique de soutien des services de garde de médecins généralistes et de l'intégrer dans une politique globale relative à l'accueil des patients en dehors des heures normales de travail, aussi bien dans la première que dans la deuxième ligne.

Compte tenu du budget disponible d'un montant de 17,2 millions d'euros en 2013 (soit une augmentation de 6,000 millions euros) et en s'appuyant toujours sur les principes de normalisation du financement des *postes de garde de médecine générale*, la CNMM s'efforcera d'étendre davantage le nombre de postes de garde ou d'autres initiatives de réorganisation du service de garde de médecin généraliste, de façon à ce que soient disponibles, pour une part toujours plus importante du territoire, des solutions structurelles qui permettent aux médecins généralistes locaux d'assurer le service de garde pour la population. Les nouveaux projets peuvent être acceptés par la CNMM pour le financement sauf si la CNMM constate que du résultat d'un vote secret, il apparaît que plus de 30% des médecins généralistes exerçant la garde au sein du territoire du service de garde se sont déclarés en désaccord avec le projet. Un rapport financier annuel devra également être soumis à la CNMM en ce qui concerne les postes de garde de médecins généralistes.

La CNMM continuera de développer le système des *honoraires de disponibilité* comme instrument de sa politique relative aux services de garde de médecins généralistes. L'impact d'initiatives de réorganisation et de modifications des normes de disponibilité, telles que proposées par le Conseil fédéral des cercles de médecins généralistes le 22/03/2012, sur la facturation d'honoraires de disponibilité sera évalué à ce sujet. Les moyens ainsi libérés, en ce compris ceux suite à une éventuelle diminution relative des visites, sont réinvestis dans le développement des postes de garde de médecine générale et de projets assimilés. La CNMM invite le Ministre à effectuer les adaptations réglementaires nécessaires en la matière pour le 1^{er} juillet 2013.

5.4. Télémédecine

La Commission nationale a marqué son accord le 22 octobre 2012 sur les nouveaux critères qui s'appliqueront à la procédure d'homologation des logiciels dans le courant de 2013 et seront opérationnels dans le dossier médical informatisé (DMI) à partir de 2014. Ces nouveaux critères permettront d'objectiver l'utilisation effective du DMI, plus particulièrement en ce qui concerne l'enregistrement structuré de diagnostics codés et de prescriptions de médicaments, la consultation de fichiers sur le *hub* local/régional, le téléchargement de SUMEHR et l'utilisation de services de récipé pour la prescription de médicaments, les soins à domicile et la kinésithérapie. La Commission nationale formulera des propositions afin de

moduler par étapes le montant de la prime télématique en fonction de son utilisation à partir de l'année 2014. Une distinction sensée doit être établie dans ce cadre entre une utilisation intensive et occasionnelle.

5.5. Tiers payant social

Dans l'accord conclu le 13 décembre 2010, un règlement a été instauré pour le tiers payant social dans lequel les médecins généralistes s'engagent par leur adhésion à appliquer ce règlement pour toutes les prestations en matière de consultation, et ce à la demande du patient et selon les modalités fixées par la CNMM.

La CNMM effectuera une analyse de l'application actuelle par les médecins généralistes et par les spécialistes du régime du tiers payant pour des prestations ambulatoires, en particulier en ce qui concerne le groupe-cible des bénéficiaires du régime préférentiel et les malades chroniques, et ce en fonction de la nature des prestations et de l'importance des montants concernés par contact et par ménage sur une base annuelle. La CNMM examinera également dans ce cadre l'effet du renforcement en 2011 du régime du tiers payant social pour les consultations de médecins généralistes.

Sur la base de cette analyse et compte tenu de la disponibilité opérationnelle des services Mycarenet « consultation assurabilité » et « facturation électronique », la CNMM formulera des propositions selon lesquelles à partir de 2015 une application simple systématique et administrative du régime du tiers payant pourra se faire par étapes. Des mécanismes seront prévus à cet effet afin d'éviter(cf. point 5.8) et de sanctionner les abus.

5.6. Trajets de soins

La CNMM souhaite également maintenir le système des trajets de soins jusqu'au 31 décembre 2013. Elle se réjouit de la participation importante concernant la collecte des paramètres cliniques. Sur la base aussi de ces éléments et d'une analyse complémentaire de l'Agence intermutualiste, un rapport d'évaluation sera rédigé afin d'adapter le système existant à partir du 1^{er} janvier 2014.

5.7. Réformes dans le secteur des médecins-spécialistes

5.7.1. La CNMM prend connaissance de l'intention du Gouvernement de prendre en considération pendant une période de quatre ans une extension du nombre d'exams effectués par PET scan et des services concernés comme prévu dans la demande d'avis au CNEH. À cet égard, il convient d'organiser une répartition géographique équitable dans le pays et de développer un mécanisme de financement adéquat qui fasse une distinction entre le financement du fonctionnement et la disponibilité d'une part et un financement dépendant de la prestation qui comprenne les honoraires du médecin qui dispense la prestation. La CNMM insiste pour quelle soit associée à cette concertation. A ce sujet un financement plus cohérent doit être recherché.

5.7.2. La CNMM souhaite collaborer activement à une révision du financement des soins spécialisés dans l'insuffisance rénale.

5.7.3. Elle contribuera aussi de manière active à l'élaboration d'un nouveau financement pour les fonctions « soins urgents spécialisés » et la médecine urgentiste en tenant compte de leurs missions et besoins spécifiques.

5.7.4. Elle formulera également des propositions relatives à l'utilisation judicieuse des médicaments dispensés dans le cadre du traitement du cancer en milieu hospitalier. Un groupe de travail de la CNMM formulera des propositions concrètes sur cette thématique pour le 30 juin 2013.

5.8. Transparence pour les patients

La Directive européenne 2011/24/UE du 9 mars 2011 concernant l'application des droits des patients dans les soins de santé transfrontaliers oblige l'État membre à prendre, pour fin octobre 2013, des mesures par lesquelles les personnes offrant des soins sont tenues d'établir des factures claires et de donner des informations claires sur les prix, qu'elles habitent ou non dans l'État membre.

La CNMM élaborera au cours de 2013 des propositions permettant de donner aux bénéficiaires des informations de manière transparente via la facture patient sur les honoraires et les frais qui leur sont portés en compte, à eux ainsi qu'aux organismes assureurs, tant dans le cadre du régime du tiers payant qu'en dehors de celui-ci.

Ces principes s'appliquent à tous les dispensateurs de soins, quelle que soit leur situation sur le plan de l'adhésion aux accords et aux conventions. La CNMM souhaite que ces principes soient entièrement réglés conformément à la loi SSI et sous réserve de l'application du point 10.2.

5.9. Burn-out

La CNMM élaborera des propositions concernant les recommandations qui ont été formulées dans le rapport du KCE 165B relatif au burn-out chez les médecins généralistes. Un groupe de travail examinera pour fin 2013 dans quelle mesure une intervention peut être prévue pour l'ensemble des médecins concernés.

5.10. Modernisation de la concertation

Un groupe de travail sera créé sous la direction du président de la CNMM qui réalisera pour le 31 octobre 2013 une évaluation des procédures existantes dans le cadre de la concertation entre médecins et organismes assureurs, formulera des propositions en vue de leur modernisation et dressera un inventaire des mesures qui peuvent contribuer à améliorer l'attractivité pour certaines catégories de médecins.

5.11. Simplification des honoraires et tickets modérateurs

En raison des choix faits par la CNMM au cours des années écoulées sur le plan des revalorisations des consultations, les honoraires des médecins accrédités par rapport aux médecins non-accrédités varient actuellement de 0,96 à 5,14 euros.

Cette évolution a également rendu l'évolution des interventions personnelles plus complexe et moins transparente. Dans ce contexte, il peut aussi être fait référence au rapport 180 du KCE. La CNMM examinera cette problématique et formulera des propositions.

Dans le courant de l'accord, on vérifiera si et à quelles conditions l'allocation de soutien à la pratique peut être intégrée dans le financement du DMG.

6. STATUT SOCIAL

Le montant du statut social pour les médecins entièrement conventionnés s'élève en 2013 à 4.444,05 euros, et pour les médecins partiellement conventionnés, à 2.169,60 euros.

À partir de 2014, l'octroi du statut social sera associé au fait d'atteindre un seuil d'activité déterminé. Le principe de périodes assimilées (maladie, accident, etc.) est maintenu intégralement. La CNMM demande que l'économie qui en découle puisse être attribuée par la Commission.

7. MESURES DE CORRECTION

Les mesures de correction prévues dans l'accord national médico - mutualiste du 13 décembre 2010 restent d'application.

8. CONDITIONS D'APPLICATION DE L'ACCORD

8.1. Dans le cadre des conditions d'application de l'accord, on distingue deux catégories de dispensateurs de soins tant pour les médecins de médecine générale que pour les médecins spécialistes :

8.1.1. les dispensateurs de soins conventionnés complets ;

8.1.2. les dispensateurs de soins conventionnés partiels.

8.2. Médecins généralistes

8.2.1. Les dispensateurs de soins conventionnés complets

Le médecin généraliste conventionné complet est le médecin généraliste qui soumet la totalité de sa pratique aux conditions du présent accord et pour lequel, sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 8.2.3, les taux d'honoraires et les indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués à l'ensemble de sa pratique.

8.2.2. Les dispensateurs de soins conventionnés partiels

8.2.2.1. Définition et tarifs applicables

Le médecin généraliste conventionné partiel est le médecin généraliste qui soumet la totalité de sa pratique aux conditions du présent accord, sauf durant les périodes et selon les conditions définies strictement au point 8.2.2.2.

Sauf durant les périodes et selon les conditions définies strictement au point 8.2.2.2, ou sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 8.2.3, les taux d'honoraires et les indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués à l'ensemble de sa pratique.

8.2.2.2. Périodes et conditions du conventionnement partiel

Le médecin généraliste conventionné partiel peut ne pas appliquer les taux d'honoraires fixés conformément aux termes du présent accord uniquement pour les consultations, rendez-vous et prestations en cabinet organisés :

8.2.2.2.1. un maximum de trois fois par semaine par plage de maximum quatre heures continues ;

8.2.2.2.2. et pour autant que le reste de sa pratique représente au moins les trois quart du total de sa pratique et soit effectué aux taux d'honoraires fixés conformément aux termes du présent accord, sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 8.2.3.

8.2.3. Exigences particulières du bénéficiaire

Pour l'application du présent accord pour les médecins généralistes, les exigences particulières du bénéficiaire sont strictement définies comme suit :

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

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

8.2.3.3. les appels de nuit, de week-end ou au cours d'un jour férié, quand le médecin n'est pas de garde, lorsqu'il est établi que le service de garde organisé sur place est suffisant ;

8.2.3.4. les consultations réalisées à la demande expresse du patient après 21 heures ou les samedis, dimanches et jours fériés. Ces consultations ne constituent toutefois pas une exigence particulière si elles s'inscrivent dans le cadre du service de garde organisé et si le médecin généraliste, pour des raisons personnelles, assure des consultations accessibles au public, reçoit sur rendez-vous ou effectue des visites à ces heures et ces jours.

Il est entendu cependant que le malade en traitement, invité à se représenter au cabinet du médecin, ne tombe pas sous l'application de l'exigence particulière.

Conformément à l'article 8 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, le médecin doit informer le patient au préalable des conséquences financières de l'exigence particulière posée par ce dernier.

8.3. Médecins spécialistes

8.3.1. Les dispensateurs de soins conventionnés complets

Le médecin spécialiste conventionné complet est le médecin spécialiste qui soumet la totalité de sa pratique aux conditions du présent accord et pour lequel, sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 8.3.3., les taux d'honoraires et les indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués à l'ensemble de sa pratique.

8.3.2. Les dispensateurs de soins conventionnés partiels

8.3.2.1. Définition et tarifs applicables

Le médecin spécialiste conventionné partiel est le médecin spécialiste qui soumet la totalité de sa pratique aux conditions du présent accord, sauf durant les périodes et selon les conditions définies strictement au point 8.3.2.2.

Sauf durant les périodes et selon les conditions définies strictement au point 8.3.2.2, ou sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 8.3.3, les taux d'honoraires et

les indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués à l'ensemble de sa pratique.

8.3.2.2. Périodes et conditions du conventionnement partiel

Le médecin spécialiste conventionné partiel peut ne pas appliquer les taux d'honoraires fixés conformément aux termes du présent accord pour toute prestation (consultations, rendez-vous, prestations techniques,...) uniquement aux patients ambulants (patients non hospitalisés et hors hôpital de jour ou forfaits) :

8.3.2.2.1. organisés durant un maximum de quatre fois par semaine par plage de maximum quatre heures continues ;

8.3.2.2.2. et pour autant que la moitié au moins du total de toutes ses prestations aux patients ambulants soit effectuée aux taux d'honoraires fixés conformément aux termes du présent accord sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 8.3.3, et à des heures qui conviennent normalement aux bénéficiaires de l'assurance soins de santé ;

8.3.2.2.3. et pour autant que le médecin spécialiste assure, sur chacun des sites éventuels d'exercice de sa pratique, une plage d'accès pour des prestations aux patients ambulants aux taux d'honoraires fixés conformément aux termes du présent accord sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 8.3.3.

8.3.3. Exigences particulières du bénéficiaire

Pour l'application du présent accord pour les médecins spécialistes, les exigences particulières du bénéficiaire sont strictement définies comme suit :

8.3.3.1. le séjour hospitalier en chambre particulière demandé par ou pour le bénéficiaire pour des raisons de convenances personnelles ;

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

8.3.3.3. les prestations aux patients ambulants réalisées à la demande expresse du patient après 21h ou les samedis, dimanches et jours fériés. Ces consultations ne constituent toutefois pas une exigence particulière si elles s'inscrivent dans le cadre du service de garde organisé et si le médecin spécialiste, pour des raisons personnelles, assure des consultations accessibles au public, reçoit sur rendez-vous ou effectue des visites à ces heures et ces jours.

Il est entendu cependant que le malade en traitement, invité à se représenter au cabinet du médecin, ne tombe pas sous l'application de l'exigence particulière.

Conformément à l'article 8 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, le médecin doit informer le patient au préalable des conséquences financières de l'exigence particulière posée par ce dernier.

8.4. Les taux d'honoraires et d'indemnités de déplacement prévus par le présent accord sont appliqués à tous les bénéficiaires de l'assurance soins de santé, y compris les bénéficiaires qui ont droit au régime préférentiel tels que visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, à l'exception des bénéficiaires membres d'un ménage dont les revenus annuels imposables dépassent :

soit 66.708,97 euros par ménage, augmentés de 2.222,83 euros par personne à charge, lorsqu'il n'y a qu'un seul titulaire;

soit 44.472,16 euros par titulaire, augmentés 2.222,83 euros par personne à charge, lorsqu'il y a plusieurs titulaires.

8.5. Les contestations concernant le point 8 feront l'objet d'un arbitrage par un collège paritaire composé par la CNMM et présidé par un fonctionnaire de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

8.6. Information et affichage du statut d'adhésion

Outre leur volonté de promouvoir une information la plus claire et complète envers les diverses parties intéressées, les parties recommandent, l'exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, afin de permettre une information et un affichage clairs et adaptés du statut du médecin qu'il ait adhéré complètement, partiellement ou qu'il n'ait pas adhéré au présent accord ainsi que les périodes de conventionnement ou de conventionnement partiel.

9. CONCILIATION DE CONTESTATIONS

Les deux parties qui ont signé le présent accord s'engagent à tout mettre en œuvre pour faire respecter les dispositions et les faire appliquer correctement dans un esprit de loyauté et de respect mutuel. La CNMM est compétente pour concilier les disputes et les contestations qui peuvent surgir à propos de l'interprétation ou de l'exécution des accords. Elle peut concilier des contestations quant à l'interprétation de la nomenclature des prestations de santé, après avoir pris l'avis du Conseil technique médical.

10. DUREE DE L'ACCORD

10.1. Le présent accord est conclu pour une période de deux ans, à savoir du 1^{er} février 2013 au 31 décembre 2014.

10.2. L'accord peut être dénoncé par une des parties ou par un médecin, par lettre recommandée à la poste, adressée au président de la CNMM, dans les 30 jours qui suivent la publication au *Moniteur belge* de mesures d'économie fixées de manière unilatérale ou de la loi ou réglementation qui nuit gravement de manière unilatérale et sans concertation avec les parties à l'équilibre des droits et obligations découlant du présent accord auquel le médecin a adhéré.

L'accord peut en outre être dénoncé selon la même procédure par une des parties ou par un médecin, par lettre recommandée à la poste, adressée au président de la CNMM si, pendant la durée de l'accord, des dispositions légales ou réglementaires entrent en vigueur qui modifient unilatéralement le règlement existant relatif aux suppléments d'honoraires.

L'accord peut être dénoncé pour le 1^{er} décembre 2013 par une des parties ou par un médecin, par lettre recommandée à la poste, adressée au président de la CNMM si les moyens financiers pour l'exercice budgétaire 2014 ne permettent pas la bonne exécution de l'accord ou si la masse d'indexation est limitée unilatéralement et sans concertation préalable.

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

Toutefois, cette dénonciation ne peut sortir ses effets que si la partie qui dénonce confirme cette dénonciation devant la CNMM réunie d'urgence, selon les règles de quorum visées à l'article 50, § 2, alinéa 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Cette dénonciation par une des parties peut être générale ou limitée à certaines prestations ou à certains groupes de prestations et/ou à certains dispensateurs de soins concernés par les mesures d'économie visées au premier alinéa. En cas de dénonciation partielle, il faut également mentionner avec précision, dans la lettre recommandée, les prestations ou groupes de prestations et/ou les dispensateurs visés. Cette dénonciation produit ses effets à la date d'entrée en vigueur des mesures de correction susmentionnées.

11. FORMALITES

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

Cette lettre comportera les mentions suivantes :

Numéro d'identification INAMI	
Je soussigné,	
Nom et prénom(s)
Adresse complète :
Qualité : Médecin de médecine générale / Médecin spécialiste en
<i>(Biffer la mention inutile)</i>	
déclare refuser d'adhérer aux termes de l'accord national médico-mutualiste conclu le 23 janvier 2013.	
Date :	
Signature :	

11.2. Les médecins, autres que ceux qui ont notifié, conformément aux dispositions prévues au point 11.1, leur refus d'adhésion aux termes de l'accord conclu en 23 janvier 2013 à la CNMM, sont réputés d'office avoir adhéré à cet accord pour leur activité professionnelle complète, sauf s'ils ont, dans les trente jours qui suivent la publication de cet accord au Moniteur belge, communiqué les conditions de temps et de lieu dans lesquelles, conformément aux clauses du présent accord et particulièrement les points 8.2.2. et 8.3.2. (« conventionnement partiel ») :

11.2.1. ils appliqueront les montants d'honoraires qui y sont fixés ;

11.2.2. ils pourront ne pas appliquer les montants d'honoraires qui y sont fixés.

Cette communication doit se faire par lettre recommandée à la poste adressée à la Commission nationale médico-mutualiste, et ce à l'adresse mentionnée sous le point 11.1. La lettre comportera les mentions suivantes :

11.2.2.1. pour les médecins généralistes :

Numéro d'identification INAMI

Je soussigné,

Nom et prénom(s)

Adresse complète :

déclare exercer mon activité professionnelle conformément aux clauses de l'accord national médico-mutualiste, conclu en 23 janvier 2013, dans les conditions de temps et de lieu suivantes :

a) consultations, rendez-vous et prestations au cabinet, en dehors des termes de l'accord, d'un maximum de trois fois par semaine par plage de maximum quatre heures continues (point 8.2.2.2 « Périodes et conditions du conventionnement partiel »)

Jours	Lieu	Heures

b) toutes les autres prestations réalisées en dehors des plages définies au point a) ci-dessus seront exercées conformément aux termes de l'accord. J'atteste sur l'honneur et je m'engage qu'elles représentent et représenteront au moins les trois quart de l'ensemble de ma pratique. Pour information, je renseigne ci-dessous les plages prédéfinies pour la dispensation de ces prestations :

Jours	Lieu	Heures

Date :

Signature :

11.2.2.2. pour les médecins spécialistes :

Numéro d'identification INAMI

Je soussigné,

Nom et prénom(s)

Adresse complète :

Médecin spécialiste en

déclare exercer mon activité professionnelle conformément aux clauses de l'accord national médico-mutualiste, conclu le 23 janvier 2013, dans les conditions de temps et de lieu suivantes:

a) consultations, rendez-vous et prestations techniques pour patients ambulatoires, en dehors des termes de l'accord, à concurrence d'un maximum de quatre fois par semaine par plage de maximum quatre heures continues (point 8.3.2.2. « Périodes et conditions du conventionnement partiel ») :

Jours	Lieu	Heures

b) toutes les autres prestations réalisées dans le cadre de l'ensemble de ma pratique seront exercées conformément aux termes de l'accord ;

c) les prestations réalisées pour les patients ambulants en dehors des plages définies au point a) ci-dessus seront donc exercées conformément aux termes de l'accord. J'atteste sur l'honneur et je m'engage qu'elles représentent et représenteront au moins la moitié de l'ensemble des prestations réalisées pour les patients ambulants dans le cadre de ma pratique complète. Je renseigne ci-dessous les plages et les lieux définis pour la dispensation de ces prestations réalisées pour les patients ambulants en respectant sur chaque site de pratique l'obligation de garantir un accès à ces prestations conformément aux termes de l'accord :

Jours	Lieu	Heures

Date :

Signature :

11.3. Tous changements ultérieurs des conditions de temps et de lieu dans lesquelles, conformément aux clauses de l'accord, les médecins visés sous le point 11.2 appliqueront les montants d'honoraires qui y sont fixés, peuvent être appliqués soit après un préavis de trente jours soit, sans préavis, après affichage de ces changements dans leur cabinet de consultation.

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

11.4. L'accès au système du tiers payant facultatif est ouvert à leur demande aux médecins qui n'ont pas adhéré à l'accord dans la mesure où ils notifient au Collège intermutualiste national qu'ils respecteront les tarifs de l'accord pour les prestations couvertes par le système du tiers payant dans les mêmes conditions que les médecins engagés.

Fait à Bruxelles, le 23 janvier 2013.

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

Les Représentants du banc des organismes assureurs.