
Le Médecin Spécialiste

Organe du Groupement des Unions
Professionnelles Belges
de Médecins Spécialistes

Editeur responsable : Dr M. MOENS
Secrétaire de rédaction : J. Van den Nieuwenhof
Avenue de la Couronne 20 - 1050 Bruxelles
Tél. : 02-649.21.47 - Fax : 02-649.26.90
E-mail : info@GBS-VBS.org

ISSN 0770-8181 - MENSUEL
N° SPECIAL DECEMBRE 2003

Bureau de dépôt : Bruxelles 5

L'ACCORD MEDICO-MUTUALISTE DU 15 DECEMBRE 2003

Dans le cadre de la réunion de la Commission nationale médico-mutualiste du 15 décembre 2003, l'accord suivant a été conclu pour les années 2004-2005. Vous trouvez le texte intégral sur le site du GBS www.gbs-vbs.org (les éléments les plus importants de cet accord sont reproduits ci-après).

Dès qu'ils seront disponibles, vous y trouverez également les **tarifs INAMI** applicables à partir du 1.1.2004 (*pour les membres du GBS uniquement: les documents sur support papier seront disponibles sur simple demande auprès de notre secrétariat*).

A partir de la publication au Moniteur, vous disposerez de 30 jours pour **notifier, par lettre recommandée, soit votre refus d'adhésion, soit la limitation à certaines conditions de temps et de lieu de cette adhésion (conventionnement partiel). Si vous ne faites rien, vous serez considéré comme engagé pour toute votre activité.** (*Pour de plus amples informations, pour vous aider à préciser votre choix, veuillez consulter notre secrétariat; dès que la publication au Moniteur belge aura eu lieu, vous trouverez également une lettre-type sur le site du GBS www.gbs-vbs.org.)* Attention : si vous envoyez votre lettre recommandée avant la publication au Moniteur belge, elle n'a aucune force juridique et est considérée comme nulle et non avenue. Vous risquez d'être enregistré comme étant conventionné pour toute votre activité.

Honoraires des spécialistes

A. Consultations

A.1. Schéma:	01.01.2004	toutes les prestations : + 1,38% d'indexation
	01.01.2005	+ indexation?
	01.04.2005	consultation 102012: 19€
	01.12.2005	consultation 102012: 19€

A.2. Particularités

	01.04.2004	102734 et 102756 (dermatologie) : +1,30€
	01.10.2004	certaines spécialistes, rhumatologue, endocrinologue, gériatre, interniste-oncologue (encore à calculer)

B. Honoraires de surveillance:

	01.01.2004	+ 1,38% d'indexation
	01.10.2004	rattrapage de l'indexation 2003 perdue

Pour de plus amples détails, voir le texte de l'accord aux points 2, 3 et 5 (pp. 2 et 4)

Extraits les plus importants de l'accord

2. HONORAIRES 2004 : INDEXATION ET REVALORISATION

Les tableaux ci-dessous ne reprennent pas ce qui concerne la dialyse qui fait l'objet d'une indexation de 1,38% au 1er janvier 2004 dans le cadre de son propre objectif budgétaire partiel.

PROJETS	IMPACT BUDGETAIRE 2004 en milliers €	IMPACT BUDGETAIRE SUR BASE ANNUELLE en milliers €
1. Indexation		
1.1. A compter du 1er janvier 2004, les honoraires tels qu'ils étaient fixés au 31 décembre 2003, sont indexés de façon linéaire de 1,38 %, hormis les visites des médecins généralistes.	63.217	63.217
(...)		

2.2. Médecins spécialistes :		
A compter du 1er avril 2004, les honoraires de consultation au cabinet du médecin dermatologue (102734 et 102756) sont augmentés de 1.30 € (rattrapage)	1.282	1.710
A compter du 1er octobre 2004, les honoraires de surveillance (art.25) sont revalorisés	1.141	4.564
La masse budgétaire ci-contre, est disponible pour une augmentation d'honoraires de certains médecins spécialistes, rhumatologues ainsi que les endocrinologues, gériatres, internistes-oncologues, à partir du 1er octobre 2004.	1.223	4.892

3. NOMENCLATURE 2004 (annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984).

3.803 milliers € seront consacrés en 2004 à la réalisation des projets de modification de la nomenclature des prestations de santé suivants qui pourront entrer en vigueur au plus tôt le 1er juillet 2004, à savoir :

OBJET (et articles de la nomenclature visés)	INCIDENCE FINANCIERE ANNUELLE (en milliers €)
Physiothérapie (concordance avec les nouvelles conventions et la kinésithérapie)	0
Stomatologie (actualisation de la nomenclature)	0
Honoraires de consultance (diabète) à partir de 2004 (déjà inclus dans les estimations techniques 2004)	1.550
Accréditation/Médecine nucléaire art.18,§2, B, d) quinquies (corr.4 codes oubliés Q)	36
Obstétrique (supplément d'urgence) et pédiatrie (présence du pédiatre lors de l'accouchement)	1.339
Psychothérapie réservée aux psychiatres art.1, §10 et art.2 I	quelques économies
Psychiatrie de liaison art.25, §2, d) – règles d'application	0
Splittings échographies – écho urinaire art 17 et 17 quater (erreur matérielle)	pm
Chirurgie ambulatoire – chirurgie ophtalmologique remboursée	-1.000

extra-muros art.15	
Cellules souches	1.800
Consultation préanesthésie	1.580
excédent cutané art.14 (100 cas /an)	surcoût minime
Gériatrie de liaison	2.500
Guidelines RX (cfr annexe 1)	économies majeures à terme
Intervention chirurgie multidisciplinaire	4.000
Médecine générale stagiaires 005-006	0,3
Ophthalmologie – modernisation (strabisme)	1.000
Ponction hanche	0
Ponction sous-occipitale (suppression)	0
Prothèses mammaires – enlèvement pour complications (quelques dizaines de cas)	surcoût minime
Reconstruction sternum art.14 k)(10 cas /an)	surcoût minime
Financement des moyens de contraste dans le budget de l'imagerie médicale	pm
Urologie – actes techniques thérapeutiques	1.580
Taping de la cheville *	0
Examen microscopique de l'urine en chambre de comptage *	500
TOTAL	13.335,3

* sous réserve de l'accord du Conseil technique médical

Un groupe de travail sera mis sur pied pour examiner la problématique de la médecine d'urgence dans ses différents aspects (notamment, qualification du médecin (en synergie avec la Santé publique), honoraires (entre autres les honoraires forfaitaires pour l'exercice de la permanence), nomenclature, intervention personnelle du patient, ...). Ce groupe de travail fera rapport à la Commission nationale médico-mutualiste en juin 2004 et lui fera des propositions concrètes à mettre en oeuvre.

4. FINANCEMENT 2004.

- 4.1. La masse d'indexation reprise au tableau du point 2 (68.321 milliers €), permet qu' à compter du 1er janvier 2004, les honoraires tels qu'ils étaient fixés au 31 décembre 2003, sont indexés de façon linéaire de 1,38 %, hormis les visites des médecins généralistes qui sont indexées de 1,38% au 1er avril 2004 ;
- 4.2. 5.750 milliers € sur base annuelle prévus dans la note CSS 2003/311 comprenant la proposition de budget 2004 du Gouvernement qui fait référence aux moyens budgétaires qui découlent de la limitation de l'avantage du ticket modérateur dans le cadre du dossier médical global au généraliste qui a accès aux données du dossier médical global ;
- 4.3. 40.000 milliers € sur base annuelle dont 25% (10.000 milliers €) rendus disponibles pour le 1er octobre 2004, à la double condition que :

- le présent accord médico-mutualiste soit conclu pour 2004 et 2005 ;
- 1. Au 1er octobre 2004, il doit pouvoir être constaté que l'objectif est atteint en matière d'utilisation judicieuse des soins, notamment en ce qui concerne les classes suivantes de médicaments prescrits avec une priorité pour les antibactériens (quinolones , associations d'une beta-lactame et d'un inhibiteur des beta-lactamases (acide clavulanique et amoxicilline)) et les antihypertenseurs (antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (sartans)). Les médecins pourront prendre connaissance de l'évolution de l'augmentation des volumes des médicaments concernés en annexe 2.

Au 1er septembre 2004, chaque GLEM de médecins généralistes doit avoir consacré au moins une réunion complète à l'analyse et à la discussion du feed-back individuel formulé par le CNPQ sur ces matières. Axée sur la comparaison du profil de prescription propre par rapport aux recommandations en vigueur en la matière, cette discussion porte tant sur l'indication que sur le choix des produits, en ce compris l'incidence économique de ce choix par l'assurance soins de santé. Afin de pouvoir encadrer cette réunion, les GLEM peuvent faire appel aux animateurs GLEM, formés à cette fin par les associations scientifiques des médecins généralistes, les centres universitaires ou les organisations professionnelles de médecins.

Les responsables des GLEM envoient dans le courant du mois de septembre 2004 un rapport contenant les actions prises et/ou recommandées.

2. Si sur base des données disponibles au 1er octobre 2004, le Comité de l'assurance constate sur base des chiffres disponibles, une rupture significative de la tendance en matière de comportement du prescripteur, les montants prévus sont libérés .
- Des procédures et des conséquences similaires seront également appliquées aux médecins spécialistes. Le CNPQ sera chargé de définir le choix des sujets à aborder par spécialité en fonction de l'importance du sujet pour la spécialité concernée. Quels que soient le choix

définitif et le calendrier des sujets à aborder par le CNPQ, la liste des thèmes possibles est la suivante :

- prescription d'antibiotiques et d'antihypertenseurs;
- examens pré- et post-opératoires, en ce compris les examens de biologie clinique et l'imagerie médicale ainsi que les autres examens qui sont réalisés avant ou pendant une intervention chirurgicale;
- imagerie médicale en rapport avec la pathologie coronarienne;
- utilisation de la biologie clinique, entre autres en ce qui concerne les tests hépatiques et les marqueurs tumoraux ;
- ensemble des prescriptions dans le follow-up des patients cancéreux.

La réalisation de ces mesures sera suivie en permanence par la CNMM.

5. HONORAIRES 2005 : REVALORISATION (HORS INDEXATION EVENTUELLE)

Une indexation sélective des honoraires sera négociée avant le 15 décembre 2004. Si aucun accord n'intervient avant le 15 décembre 2004, une indexation sera linéairement appliquée. (...)

5.2. Médecins spécialistes		
les honoraires de consultation des médecins spécialistes ainsi que les traitements de psychothérapie suivent le même schéma et bénéficient d'une augmentation équivalente à celle des médecins généralistes en 2005 .	10.195	27.791

6. FINANCEMENT 2005

La rubrique 5 est financée pour autant que les moyens financiers mis à disposition pour 2005 le permettent.

7. INTERVENTION PERSONNELLE DU PATIENT.

La CNMM invite un groupe de travail de l'Administration à lui soumettre des propositions au plus tard le 1^{er} octobre 2004, concernant la simplification et l'harmonisation de la législation et la réglementation en matière d'intervention personnelle des bénéficiaires de l'assurance soins de santé obligatoire pour les visites et consultations. Dans ce cadre seront notamment examinés les problèmes d'application découlant de l'article 37bis, § 1^{er} bis e la loi SSI et de l'article 10, alinéa 2, littéra 2 de A.R. du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations, en ce qui concerne les suppléments d'accréditation. Ces propositions devront se faire sans augmenter la masse financière globale et sans aggraver la situation financière globale des patients. Elles proposeront également une simplification de la tarification effectuée par les organismes assureurs.

8. BIOLOGIE CLINIQUE ET IMAGERIE MEDICALE

- 8.1. La CNMM propose de fixer le montant du budget global des moyens financiers de l'imagerie médicale pour 2004 à 853.125 milliers €.
- 8.2. La CNMM propose de fixer le montant du budget global des moyens financiers de la biologie clinique pour 2004 à 884.007 milliers €.
- 8.3. Un Groupe de travail déposera pour le 1^{er} juillet 2004, un rapport en vue de simplifier les procédures concernant l'incorporation des différences algébriques décrites aux articles 59 et 69 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

9. DOSSIER MEDICAL GLOBAL ET COLLABORATION ENTRE MEDECINS GENERALISTES ET MEDECINS SPECIALISTES

(...) La CNMM est convaincue de la nécessité de renforcer la collaboration entre les médecins généralistes et les médecins spécialistes. Elle charge un groupe de travail de formuler des propositions pour le 30 septembre 2004, avec une première application à partir du 1^{er} janvier 2005, à propos des variantes suivantes :

- l'utilisation du DMG comme instrument essentiel du médecin généraliste en ce qui concerne l'échange des données avec les médecins spécialistes et sa plus-value pour le patient;
- la mise en oeuvre de l'article 36 § 1^{er}, alinéa 3, de la loi SSI, en particulier en ce qui concerne la médecine d'urgence et les malades chroniques;
- autres formes de collaboration et échanges qui n'ont pas d'effet budgétaire ;

- la possibilité d'un système spécial d'honoraires et de remboursement en vue de l'amélioration de diverses formes de collaboration entre médecins généralistes et médecins spécialistes, par exemple :
 - les honoraires de référence ;
 - le remboursement modulé ;
 - un honoraire spécifique pour le médecin spécialiste pour la prise en charge globale (y compris un rapport circonstancié au médecin généraliste);
 - incitants pour le patient qui consulte son médecin généraliste après la mise au point par le médecin spécialiste.

Pour la réalisation des propositions approuvées par la CNMM, un budget adapté sera fixé si nécessaire pour 2005, pour une application sélective de cette mesure structurelle.

(...)

10. ACCREDITATION.

10.1. L'honoraire forfaitaire d'accréditation est indexé au 1^{er} janvier 2004 (535, 05€).

10.2. Le présent accord se réfère pour ce point à l'Accord national médico-mutualiste du 17 février 1997 (Moniteur belge du 17 mars 1997).

La CNMM charge le Groupe de Direction de l'Accréditation de l'évaluation du système global d'accréditation et de la formulation de propositions tendant à son optimisation, en particulier en ce qui concerne la formation continuée et le fonctionnement des Comités paritaires. (...)

11. STATUT SOCIAL.

11.1. La CNMM presse le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique d'adapter l'arrêté royal du 31 mars 1983 instituant un régime d'avantages sociaux pour certains médecins en ce sens qu'un médecin qui se trouve en incapacité de travail dans le courant d'une année pour laquelle il n'a pas refusé d'adhérer à l'accord, peut continuer à bénéficier des avantages sociaux, non seulement pour cette année mais aussi pour chaque année où il reste en incapacité de travail (...).

11.2. En vue de stimuler le caractère attractif de l'adhésion à l'accord, la CNMM formule l'avis selon lequel :

1° le montant du statut social pour l'année 2004 est fixé à 3.046,80 € pour les médecins (...) (médecins totalement conventionnés)

2° le montant du statut social pour l'année 2004 est fixé à 1.803, 81 € pour les médecins qui ont, dans les trente jours qui suivent la publication de cet accord au Moniteur belge, communiqué à la CNMM les conditions de temps et de lieu (...) (médecins partiellement conventionnés)

(...)

12. MISE EN OEUVRE DE L'ARTICLE art.50, §2 L140794.

Pour que les décisions soient acquises valablement au sein de la CNMM, un nombre de points doivent également avoir l'approbation de la moitié des membres qui siègent en qualité de médecin généraliste ou de médecin spécialiste.

Il s'agit de points qui intéressent exclusivement soit les médecins généralistes, soit les spécialistes, tels que l'intégration des honoraires forfaitaires, les honoraires de disponibilité, le financement des cercles de médecins généralistes, la stimulation de la collaboration entre médecins généralistes, les modifications de la nomenclature réservée aux médecins généralistes, les modifications de la nomenclature réservée aux médecins spécialistes, etc.

Le description précise de ces points doit, conformément à l'article 50, §2, de la loi, être reprise dans le règlement d'ordre intérieur de la CNMM et, après approbation par la CNMM, être soumise à l'approbation du Roi.

13. TIERS-PAYANT.

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

14. MESURES DE CORRECTION.

- 14.1 Dès que l'objectif budgétaire partiel est dépassé ou risque d'être dépassé au sens des dispositions de l'arrêté royal du 5 octobre 1999 portant exécution de l'article 51, §4 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, une ou plusieurs des mesures de correction de la liste non limitative qui suit, devront s'appliquer, en fonction de l'analyse des dépenses constatées et exclusivement sur proposition de la Commission nationale médico-mutualiste, à savoir :
- transfert proportionnel et sélectif d'honoraires payés à l'acte dans des honoraires forfaitaires ;
 - renforcement de la prise de conscience du prescripteur en vue d'un comportement mieux ciblé en matière de prescription ;
 - adaptation des mécanismes de remboursements dans le cas de prestations bien déterminées dont il serait prouvé, de façon précise et sur base d'analyses objectives, qu'elles font l'objet d'un usage abusif et injustifié ;
 - promotion d'une demande et d'un usage responsable des prestations de santé par l'information, le "pilotage" et la couverture équilibrée par l'assurance des prestations exécutées chez les patients ambulants et hospitalisés ;
 - et/ou diminution proportionnelle et sélective des honoraires de certaines prestations diagnostiques.

La CNMM s'engage à concrétiser durant le 1^{er} semestre de 2004 les mesures de correction susvisées.

Lorsque l'objectif budgétaire partiel d'une rubrique est dépassé sur la base des dépenses relatives au premier semestre 2004 et qu'aucune mesure concrète de correction figurant sur la liste non limitative n'est appliquée avec effet immédiat, la CNMM décide, pour les honoraires relatifs aux prestations relevant de la (des) rubrique(s) concernée(s), de ne pas appliquer l'indexation prévue pour 2005 ou de l'appliquer soit partiellement, soit tardivement.

15. MISSIONS, PROJETS ET RECOMMANDATIONS.

- 15.1. La Commission nationale médico-mutualiste prend acte avec plaisir de la décision des organisations représentatives du Corps médical de recommander aux médecins concernés le respect, à partir du 1^{er} janvier 2004, des honoraires prévus par l'accord avant même la mise en vigueur de ce dernier.
- 15.2. La Commission nationale médico-mutualiste recommande aux médecins qui n'adhèrent pas à l'accord, de respecter les honoraires résultant de l'accord vis-à-vis des bénéficiaires jouissant du régime préférentiel, des patients ayant droit au MAF et des malades chroniques.
- 15.3. La CNMM recommande aux médecins qui adhèrent à l'accord, d'appliquer les dispositions du présent accord qui règlent les honoraires également aux prestations énumérées à l'article 34 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et qui ne sont pas mentionnées à l'article 1^{er} de l'arrêté royal du 29 décembre 1997 sur l'assurance soins de santé des indépendants, pour les travailleurs indépendants, les aidants et les membres non rémunérés des communautés religieuses qui se sont affiliés à un service de soins de santé en vertu de l'article 27bis de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités.

16. CONDITIONS D'APPLICATION DE L'ACCORD.

- 16.1. Le médecin qui adhère aux termes du présent accord fournira aux bénéficiaires de l'assurance soins de santé obligatoire les documents nécessaires au remboursement de ses prestations par cette assurance.

...

- 16.3. Médecins spécialistes.

Pour les médecins spécialistes, sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire, les taux d'honoraires et d'indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués aux consultations et aux prestations techniques effectuées dans les conditions suivantes :

- 16.3.1. lorsque le médecin spécialiste exerce en tout ou en partie en milieu hospitalier, si son activité aux conditions de l'accord représente soit une durée de vingt-cinq heures par semaine au moins comportant son activité hospitalière et/ou ses consultations ouvertes soit les trois-quarts de son activité globale;
- 16.3.2. lorsque le médecin spécialiste exerce exclusivement en dehors du milieu hospitalier, si son activité en cabinet aux conditions de l'accord est organisée en sorte de représenter soit vingt heures de consultation par semaine au moins, réparties sur quatre jours au moins, soit les trois-quarts de son activité globale, à des heures qui conviennent normalement aux bénéficiaires de l'assurance soins de santé.

Pour l'application du présent accord, on entend par exigences particulières :

- 16.3.2.1. la demande d'hospitalisation en chambre particulière pour des raisons de convenances personnelles;

- 16.3.2.2. les appels à domicile, sauf s'il s'agit de consultations demandées par le médecin traitant;
- 16.3.2.3. les prestations demandées sur rendez-vous en dehors des consultations prévues à l'alinéa précédent.
Il est entendu cependant que le malade en traitement, invité par le médecin à se représenter au cabinet, a droit à l'application pour chaque prestation du régime d'honoraires de la première prestation.
- 16.4. 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 55.430,5 € par ménage, augmentés de 1.847 € par personne à charge, lorsqu'il n'y a qu'un seul titulaire;
- soit 36.953 € par titulaire, augmentés de 1.847 € par personne à charge, lorsqu'il y a plusieurs titulaires.
- 16.5. La CNMM charge un groupe de travail de réécrire ce point. En vue de donner aux médecins et aux patients, entre autres, une meilleure idée de leurs droits et obligations réciproques, il importe de définir de manière plus précise les conditions dans lesquelles sont applicables les tarifs conclus dans l'accord. Dans ce cadre, il y a lieu de prêter particulièrement attention aux points suivants :
- l'harmonisation des termes de l'accord avec les dispositions légales de l'article 50, §3 de la loi SSI, en ce sens que les médecins sont censés appliquer les tarifs conclus, à l'exception des périodes et des endroits pour lesquels ils ont signalé qu'ils n'appliqueraient pas les termes de l'accord ;
 - la précision selon laquelle des exigences particulières doivent bien entendu émaner du patient et ne pas faire suite à la manière dont le médecin organise sa pratique ;
 - la précision selon laquelle l'adhésion partielle des médecins spécialistes qui exercent leur activité à l'hôpital ne peut rester limitée aux prestations spéciales qu'ils dispensent pendant leur activité à l'hôpital mais doit également avoir trait à leurs consultations, dispensées ou non dans le cadre de leur activité à l'hôpital.

17. CONCILIATION DE CONTESTATIONS.

La CNMM est compétente pour concilier les contestations qui peuvent surgir à propos de l'interprétation ou de l'exécution des accords. Elles peuvent concilier des contestations quant à l'interprétation de la nomenclature après avoir pris l'avis du Conseil technique médical.

18. DUREE DE L'ACCORD.

- 18.1. Le présent accord est conclu pour une **période de deux ans** (soit du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2005).
- 18.2. L'accord peut être dénoncé, par lettre motivée recommandée à la poste, adressée au Président de la Commission nationale médico-mutualiste :
- 18.2.1. **par une des parties :**
- 18.2.1.1. avant le 1^{er} décembre 2004 si elle estime que les moyens financiers complémentaires octroyés pour l'année budgétaire qui suit, ne sont manifestement pas suffisants pour garantir la bonne exécution de l'accord.
- Sans préjudice du point 18.2.1.4., cette dénonciation motivée et apportant la preuve du caractère manifeste de l'insuffisance des moyens, produit ses effets au 1^{er} janvier 2005.
- 18.2.1.2. dans les 30 jours suivant la publication au Moniteur Belge, de mesures de corrections visées au §8 de l'article 50 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.
Cette dénonciation peut être générale ou limitée à certaines prestations ou groupes de prestations et/ou à certains dispensateurs concernés par les mesures de correction lorsque les mesures correctrices non prévues dans ledit accord n'ont pas été approuvées par les représentants du corps médical selon les règles prévues à l'article 50, §§ 2, 3 et 8 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994. En cas de dénonciation partielle, la lettre recommandée contiendra aussi les références précises des prestations ou groupes de prestations et/ou des dispensateurs qui sont visés.
Cette dénonciation produit ses effets à la date d'entrée en vigueur des dites mesures de corrections.
- 18.2.1.3. Les dispositions du présent accord s'appliquent à toutes les prestations qui sont reprises à la nomenclature des prestations de santé le 31 décembre 2003, y compris les modifications mentionnées au point 3 à partir de la date de leur entrée en vigueur. Si la nomenclature ainsi décrite est modifiée unilatéralement par l'Autorité en 2004 ou 2005 malgré la recommandation reprise au point 15.7., l'accord n'est plus d'application pour les dispositions modifiées de la nomenclature à partir de la date d'entrée en vigueur de cette modification, sauf si cette modification a obtenu l'approbation de la CNMM.
- 18.2.1.4. Une partie est valablement représentée lorsqu'elle réunit au moins 7 des membres qui la représentent à la CNMM.

18.2.1.5. Toutefois, cette dénonciation ne peut sortir ses effets que si la partie qui dénonce confirme cette dénonciation devant la CNMM réunie d'urgence, selon les règles de quorum visées à l'article 50, § 2, alinéa 4.

18.2.2. **par un médecin :**

18.2.2.1. avant le 1^{er} novembre 2004.

Cette dénonciation produit ses effets au 1^{er} janvier 2005.

18.2.2.2. dans les 30 jours suivant la publication au Moniteur Belge, de mesures de corrections visées au §8 de l'article 50 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

Cette dénonciation peut être générale ou limitée à certaines prestations ou groupes de prestations et/ou à certains dispensateurs concernés par les mesures de correction lorsque les mesures correctrices non prévues dans ledit accord n'ont pas été approuvées par les représentants du corps médical selon les règles prévues à l'article 50, §§2, 3 et 8 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994. En cas de dénonciation partielle, la lettre recommandée contiendra aussi les références précises des prestations ou groupes de prestations et/ou des dispensateurs qui sont visés.

Cette dénonciation produit ses effets à la date d'entrée en vigueur des dites mesures de corrections.

19. FORMALITES.

19.3. Tous changements ultérieurs des conditions de temps et de lieu dans lesquelles, conformément aux clauses de l'accord, les médecins visés sous 19.2. appliqueront les montants d'honoraires qui y sont fixés, peuvent être appliqués soit après un préavis de trente jours soit, sans préavis, après affichage de ces changements dans leur cabinet de consultation.

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

19.4. Les médecins n'ayant pas notifié, dans les délais fixés par la loi, leur refus d'adhérer à l'accord afficheront dans leur salle d'attente et, en ce qui concerne les institutions, soit dans la salle d'attente, soit dans le local de réception, soit dans le local d'inscription, un document établi suivant les directives du Service des soins de santé de l'I.N.A.M.I. en consultation avec le Conseil national de l'Ordre des Médecins, et qui indique s'ils ont adhéré à l'accord ainsi que les jours et heures de consultation auxquels ils appliquent les tarifs de cet accord et ceux auxquels ils ne les appliquent pas.

MODIFICATION DE LA NOMENCLATURE

A partir du **1er janvier 2005**, les psychothérapies sont réservées aux médecins spécialistes en psychiatrie. A partir de cette date, les médecins spécialistes en neuropsychiatrie n'ont plus accès aux psychothérapies sauf s'ils demandent leur agrément comme médecin spécialiste en psychiatrie.

A.R. du 30 novembre 2003. M.B. du 12.12.2003

A l'**article 1er, § 10**, au 5^{ème} alinéa, les mots « ou en neuropsychiatrie » sont supprimés.

A l'**article 2, I**, sont apportées les modifications suivantes :

1° dans le libellé de la prestation 109513, les mots « ou en neuropsychiatrie" sont supprimés.

2° dans le libellé de la prestation 109631, les mots « ou en neuropsychiatrie" sont supprimés.

3° dans l'intitulé qui précède la prestation 109535, les mots « ou en neuropsychiatrie" sont supprimés.

4° dans le libellé de la prestation 109653, les mots « ou en neuropsychiatrie" sont supprimés.

5° dans le libellé de la prestation 109572, les mots « ou en neuropsychiatrie" sont supprimés.

6° les dispositions de l'alinéa a) sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Les honoraires pour les traitements psychothérapeutiques ne sont pas cumulables avec les honoraires pour les prestations techniques effectuées le même jour par le même psychiatre ou un autre. »

7° les dispositions de l'alinéa b) sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Les honoraires pour les traitements psychothérapeutiques ne sont pas cumulables entre eux, ni avec les honoraires de la consultation effectuée le même jour par le même psychiatre ou un autre. »

8° à l'alinéa d), les mots « ou en neuropsychiatrie » sont supprimés.

9° l'alinéa e) est abrogé.

LA RUBRIQUE DE L'ASSURANCE

Il y a plus de 25 ans, le GBS a initié et conçu avec son courtier-partenaire un programme d'assurances destiné à répondre de manière spécifique aux besoins professionnels des membres. Pour rappel, ce programme regroupe les assurances suivantes : « Protection Juridique », « Individuelle Accidents », « Hospitalisation », « Tous Risques Installations Médicales », « Doctors Travel Card », « Responsabilité Civile Conseil Médical » et enfin « Revenu Garanti », dont nous nous faisons l'écho des points forts dans notre édition d'octobre 2003. En marge de cette coopération, le courtier-partenaire a également mis au point avec succès un certain nombre de contrats groupe « Responsabilité Civile Médicale » au sein d'hôpitaux, et conseille quotidiennement nos membres en RC, que ce soit en formule « groupe » ou « individuelle ».

Ce partenariat a concouru à faire de la cellule médicale de Gras Savoye Belgium un acteur apprécié dans le monde de la médecine spécialisée, pouvant vous informer sur divers thèmes d'actualité « Assurances » d'intérêt. Pour l'heure, la communication proposée par Gras Savoye est axée sur le thème d'actualité de la libéralisation du marché de la « Pension Libre Complémentaire pour Indépendants ».

DU NEUF EN MATIERE DE PENSION COMPLEMENTAIRE POUR LES INDEPENDANTS.

Le contexte .

Le système belge des pensions de retraite s'articule autour de trois piliers :

1. La pension légale (1^{er} pilier) : elle constitue un revenu minimum calculé en fonction de la durée de votre carrière professionnelle, de vos revenus et de votre situation familiale. La rémunération prise en compte pour le calcul de la pension est plafonnée : 50.899,28€ en 2003. Dans le meilleur des cas, elle s'élevait cette année à maximum 839,58€ par mois pour un ménage, et à 629,77€ pour un isolé.
2. La pension extra-légale liée à l'activité professionnelle (2^{ème} pilier) :
On retrouve sous ce deuxième pilier :
 - La pension libre complémentaire pour indépendants
 - Les cotisations personnelles versées à une caisse de prévoyance
 - Les pensions constituées dans le cadre du régime INAMI
 - Les assurances de groupe (pour les indépendants travaillant en société)
3. La pension extra-légale constituée individuellement (3^{ème} pilier) :
On retrouve sous ce troisième pilier :
 - L'épargne pension immunisable jusqu'à concurrence de 600€
 - L'épargne à long terme immunisable, en fonction des revenus, jusqu'à concurrence de 1.800€
 - L'épargne non immunisable .

La nouveauté.

A partir du 01/01/2004 des modifications interviendront dans le cadre du 2^{ème} pilier et plus particulièrement en matière de « Pension Libre Complémentaire pour Indépendants » ou PLCI.

Jusqu'à présent, la constitution d'une PLCI ne pouvait se faire que par le biais des secrétariats sociaux. A partir du 01/01/2004, ce « marché » va se libéraliser et s'ouvrir aux compagnies d'assurances. Il en sera donc terminé du monopole des secrétariats sociaux et la voie sera ouverte à la concurrence. Les frais liés au contrat d'assurance souscrit auprès d'une compagnie d'assurance s'annoncent déjà moins élevés que ceux perçus par les secrétariats sociaux jusqu'alors acteurs uniques.

Les avantages.

La PLCI permet de se constituer une pension complémentaire sous la forme d'une assurance vie combinant un intérêt de base et un bonus.

Dans l'ordre des priorités fiscales, la PLCI occupe indéniablement (au même titre que les versements personnels à une caisse de prévoyance) la première place.

Elle cumule en effet plus d'avantages que les autres formules :

- Pas de taxe sur la prime
- La prime est déductible au même titre que vos cotisations sociales. Cette déduction a donc un effet double puisque vous réduisez à la fois votre imposable et par voie de conséquence vos cotisations sociales. La conjonction d'une déductibilité au taux marginal et de l'impact de celle-ci sur la base de

calcul des cotisations se traduit en un **gain fiscal et social total de 50 à 70%** du montant de la prime.

- Une taxation au terme très favorable (sur la base d'une rente fictive).

Par ailleurs, les versements sont totalement libres. En principe, vous décidez vous-même de combien vous versez et de quand vous effectuez ce versement. En cas de versement, la cotisation doit toutefois s'élever au moins à 100€ et elle est plafonnée à 7% de votre revenu de référence (revenu professionnel net indexé d'il y a trois ans). Le taux de 7% pourrait être porté par le législateur à 8,17%, ce qui donnerait une prime plafonnée de 2.374,04€.

Intéressé ?

Si vous êtes intéressé par cette formule d'épargne particulièrement avantageuse, il vous suffit de demander une offre personnalisée à Gras Savoye Belgium,

- soit à l'aide du formulaire ci-joint,
- soit via l'espace réservé aux membres du GBS sur le site Internet de Gras Savoye www.grassavoie.be

Bon à savoir : votre qualité de membre du GBS vous permettra de bénéficier de frais réduits !

FORMULAIRE REPONSE A FAXER au (☎ 02/481.18.10)



GRAS SAVOYE
COURTIER D'ASSURANCES
WWW.GRASSAVOYE.BE

Ou à remplir sur www.grassavoie.be rubrique «  »

Demande de proposition gratuite d'assurance :
Pension Libre Complémentaire Indépendants

Vos coordonnées :

M Mme Mlle

Nom, Prénom	
Adresse	Rue, n° : Bte : ... Code Postal : - Localité :
Date de naissance/...../19....
Revenu de référence *,..... EUR
Votre Cotisation **	<input type="checkbox"/> maximum déductible ----- <input type="checkbox"/> % du revenu de référence *, soit un montant deEUR par an, payable par trimestre.
Coordonnées de contact	Tél (Journée) : – GSM : FAX : - Email :

* Revenu de référence = le revenu ayant servi de base pour le calcul de vos cotisations sociales de 2003.

** La cotisation PLCI *minimale* est de 100 EUR par an.
La cotisation PLCI *maximale* s'élève à 7% du revenu de référence* mentionné ci-dessus avec un maximum absolu de 2.290 EUR par an.

Date :/...../.....

Signature :

PUBLICATION AU MONITEUR BELGE DU STATUT SOCIAL 2003

Le montant du statut social 2003 a été fixé à respectivement 3000 € et 1.776,10 € selon que le médecin est totalement ou partiellement conventionné (A.R. du 2/12/2003 – M.B. du 12/12/2003). Une lettre type pour demander l'octroi du statut social est disponible auprès du Secrétariat au 02/649.21.47 ou sur le website www.gbs-vbs.org

REUNION SCIENTIFIQUE

*SEMINAIRES DU LABORATOIRE DE BIOLOGIE CLINIQUE DU C.H.U. BRUGMANN
Année académique 2003-2004*

modification du programme

Lundi 19/04/2004: Expression de PTHrP et son récepteur par les tumeurs
(initialement prévu le lundi 17/11/2003)

Pour de plus amples informations : CHU Brugmann – Service de biologie clinique – tél. : 02/477.25.09 ou 477.25.23 – Fax : 02/478.96.82 ou 477.21.66.

Table des matières

• L'accord médico-mutualiste du 15 décembre 2003	1
• Modification de la nomenclature	8
• La rubrique de l'assurance	9
• Publication au Moniteur belge du statut social 2003	11
• Réunion scientifique	11

Message urgent

De nombreux confrères ont reçu une facture de 288 € + TVA pour être mentionné dans l'édition d'un Guide des Médecins émanant d'une société allemande qui serait établie à Bruxelles. Nous vous conseillons vivement de ne pas donner suite à cette publicité. Nous avons averti immédiatement le ministère de la Santé publique.