

ACCORD NATIONAL MÉDICO-MUTUALISTE 2015

En vertu des articles 26, 50 et 51 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 17 juillet 1994, la Commission nationale médico-mutualiste (ci-après CNMM), sous la présidence de M. Johan De Cock a conclu, le 22 décembre 2014, l'accord suivant pour l'année 2015. Compte tenu du contexte financier et économique difficile et dans l'attente du calendrier des réformes visées au point 1.2., la durée de l'accord est limitée à 1 an.

1. LE CONTEXTE

1.1. La CNMM a pris connaissance de la déclaration de politique de la ministre des Affaires sociales du 13 novembre 2014 dans laquelle elle affirme : « Je compte particulièrement sur les dispensateurs de soins et les mutualités qui, dans le cadre du modèle de concertation de notre assurance maladie, ont une grande liberté, et donc une grande responsabilité pour engager les dépenses dans nos soins de santé de façon la plus ciblée possible » et elle s'engage à les associer étroitement au développement de la politique.

La CNMM attache une grande importance à la garantie des principes de la concertation et en particulier au respect des dispositions de l'accord, non seulement par les parties qui y ont souscrit mais aussi par le gouvernement.

1.2. Par ailleurs, la CNMM insiste pour être associée dès le départ de manière intensive aux Task Forces que le gouvernement mettra en place au sujet de la réforme du financement des hôpitaux, de la nomenclature et de l'arrêté royal n° 78. Elle souhaite que les compétences de la CNMM soient respectées.

1.3. Le présent accord répond aussi aux attentes du gouvernement, à savoir la formulation d'objectifs explicites relatifs à la promotion de la santé et des soins de santé. Ces objectifs concernent la santé en ligne (eHealth), l'usage rationnel des médicaments et la réduction de la polymédication, l'usage correct des services de garde et d'urgence, la promotion de l'utilisation de l'« evidence-based » des infrastructures et du DMG.

2. L'OBJECTIF BUDGÉTAIRE PARTIEL 2015

La CNMM constate que le Conseil général de l'INAMI a, en sa séance du 21 octobre 2014, pris une décision concernant la fixation de l'objectif budgétaire global 2015 et sa ventilation en objectifs budgétaires partiels.

L'objectif budgétaire partiel pour les honoraires des médecins est fixé pour 2015 à 7.770.864 milliers d'euros, majorés d'un montant de 148.803 milliers d'euros pour les honoraires de dialyse rénale.

Les montants précités sont respectivement 1,52% supérieurs et 6,76 % inférieurs aux estimations techniques les plus récentes de l'INAMI pour l'année 2014.

Les enveloppes pour la biologie clinique et l'imagerie médicale sont fixées respectivement à 1.279.239 milliers d'euros et 1.218.580 milliers d'euros, soit respectivement 1,21 % et 1,78 % de plus que la dernière estimation technique de l'INAMI pour l'année 2014.

3. LES ÉCONOMIES

Le gouvernement a décidé de procéder à un saut d'index corrigé sur le plan social pour les salaires. Parallèlement à cela, le gouvernement a décidé de demander un effort équivalent aux secteurs de la nomenclature. Cet effort correspond à un non-octroi unique de la masse d'indexation. Pour les honoraires des médecins, cet effort se monte à 42,4 millions d'euros.

De plus, il a été décidé de corriger tout dépassement constaté dans le secteur des prestations de réanimation (art. 13, § 1^{er} de la nomenclature, à l'exception de la prestation de dialyse n° 211525) par un montant supplémentaire de 19 millions d'euros en plus de l'adaptation déjà décidée.

La marge existante en ce qui concerne le DMG+ ne sera pas dépensée (17 millions d'euros). La mesure proposée par le gouvernement en matière de mammographie numérique est remplacée par une économie alternative (8,5 millions d'euros). Une autre correction technique concerne l'ajout d'un montant de 3 millions à l'objectif budgétaire partiel, qui avait été retenu lors de la répartition de l'objectif budgétaire 2015 par le Conseil général de la rubrique honoraires médecins en lieu et place de la rubrique Divers.

En outre, ces marges comprennent également le produit non structurel du report au 1^{er} juillet 2015 de l'instauration du régime obligatoire du « tiers payant social » pour les bénéficiaires du régime préférentiel lors d'une consultation auprès d'un médecin généraliste (12,5 millions d'euros).

La CNMM constate qu'une réforme des tickets modérateurs pour les consultations de médecins spécialistes sera effectuée le 1^{er} janvier 2015. Désormais, ces tickets modérateurs seront fixés de manière uniforme à 3 EUR pour les bénéficiaires d'un régime préférentiel et de 12 EUR pour les autres bénéficiaires. Sans préjudice du respect des tarifs fixés par les médecins qui ont adhéré à l'accord, la CNMM demande avec insistance que les médecins qui n'adhèrent pas à l'accord modèrent les suppléments qu'ils demandent.

La CNMM prend connaissance des mesures décidées par le gouvernement concernant la prescription des molécules les moins chères pour les médicaments hors brevet. Avec l'ensemble des acteurs, une campagne d'information qui doit permettre aux médecins prescripteurs d'atteindre les objectifs poursuivis, sans modifier la qualité des soins, sera mise sur pied.

Début 2015, un feed-back sera envoyé aux médecins concernant les différents aspects de la prescription de médicaments et d'autres prestations.

La CNMM prie l'INAMI et le Comité d'évaluation des pratiques médicales en matière de médicaments d'organiser une conférence spéciale en 2015 sur le thème de la prescription rationnelle et du bon usage de médicaments, axée sur les domaines requérant une attention particulière (e.a. antibiotiques, psychotropes, polymédication, ...).

À cet égard, il convient aussi d'explorer quels incitants peuvent être engagés à partir de 2016 sur la base des indicateurs proposés par la conférence. Cette conférence a pour objectif de proposer certains indicateurs en la matière.

4. LES MESURES

Dans les limites du cadre financier établi, la CNMM décide de prendre les mesures suivantes.

4.1. Les mesures relatives aux médecins généralistes

4.1.1. Vu la mesure générale de gel de l'indexation, les honoraires des médecins généralistes seront maintenus au niveau du 31 décembre 2014, sauf pour ce qui suit.

4.1.2. En attendant un couplage du DMG+ et du DMG basé sur des principes *evidence-based*, les honoraires pour l'ouverture et la gestion d'un DMG à partir du 1^{er} février 2015, sont fixés à 30 EUR. Le règlement du DMG+ est donc prolongé en 2015. La CNMM rappelle que désormais le DMG peut être prolongé par voie électronique.

4.1.3. Une deuxième mesure concerne l'extension future des trajets de soins. À cet égard, il est opté pour un modèle de soins génériques, coordonné par le médecin généraliste, accompagné d'une simplification des critères administratifs, de l'utilisation de documents informatisés et de l'application de l'échange de données. À cet égard, le lien avec le DMG sera assuré.

En 2015, le trajet de soins « diabète » sera élargi à une continuité des soins. À cet égard, un « un pré trajet » est instauré dont le groupe cible est constitué de tous les patients ayant un diabète de type 2 depuis la pose du diagnostic jusqu'à la prise en charge dans une convention du diabète ou bien la conclusion d'un trajet de soins.

Pour les médecins généralistes, un supplément d'honoraires sera instauré pour le suivi de ce groupe de patients. Ce supplément d'honoraires comprend le supplément pour le passeport diabète. Ce montant de 20 EUR par patient concerné est accordé à partir du 1^{er} février 2015 pour autant que le médecin généraliste ou la pratique de médecins généralistes identifie les patients, les enregistre et leur offre des soins adéquats, s'appuyant sur des recommandations de bonne pratique *evidence-based*. Ceci implique notamment que le médecin généraliste examine avec le patient ses objectifs individuels et les note dans le DMG, enregistre les données cliniques et biologiques. À cet effet, le libellé de la prestation 102852 est adapté.

Lors d'une deuxième étape, sans doute à partir de 2016, le médecin généraliste ou la pratique de médecins généralistes peut s'engager à s'inscrire dans une collaboration multidisciplinaire avec échange de données et à fournir aux patients l'accès à l'éducation et aux conseils sur l'activité physique.

Dans le courant de 2015, le Comité d'accompagnement Trajets de soins de la CNMM vérifiera également si le modèle de soins peut être étendu à d'autres pathologies.

4.1.4. Troisièmement, la politique en matière de postes de garde de médecine générale sera encore renforcée.

À cette fin :

- 15 nouveaux postes de garde de médecine générale ou des alternatives équivalentes pourront être créés dans des zones n'en disposant pas suffisamment, en tenant compte d'une répartition régionale équilibrée ;
- la politique en matière de gestion efficiente des moyens attribués sera poursuivie et la disponibilité des postes de garde de médecine générale sera davantage uniformisée ;
- les postes de garde de médecine générale établiront, avant fin 2015, un plan de conventions avec les services d'urgences de la région afin de rationaliser le recours aux services de garde, postes de garde et services d'urgences. La CNMM établira, pour le 31 mars 2015, un modèle de plan de conventions intégré qui contient les orientations en matière de politique de renvoi. Ce plan constituera dès 2016 une condition de financement explicite pour tous les partenaires concernés des première, deuxième et troisième lignes. Les adaptations réglementaires qui s'imposent seront préparées à cette fin avec ces partenaires ;
- dans le cadre d'une analyse du financement de la continuité des soins de 1^{re} ligne, en soirée et de nuit tant pendant la semaine que le week-end, le régime en matière d'honoraires de disponibilité sera reconsidéré. Une partie des moyens en question – environ 5 millions d'euros – sera recyclée pour la suite du développement des activités en question.

4.1.5. L'adaptation du supplément de pratique sera inscrite dans le cadre du développement d'eHealth (cf. 4.3).

4.1.6. Enfin, on tentera de trouver une réponse à la problématique de consultations particulièrement complexes ou longues. À ce sujet, le CTM sera invité à formuler, pour le 30 juin 2015, une proposition à l'instar de la prestation 350232 à d'autres situations.

4.1.7. En attendant l'insertion formelle dans la nomenclature de l'allocation de permanence et de l'allocation de garde, les suppléments d'honoraires concernés sont maintenus.

4.1.8. La réduction du ticket modérateur appliquée aux consultations des médecins spécialistes sur renvoi du médecin généraliste dans le cadre du régime d' « échelonnement modéré » reste en vigueur.

4.2. Les mesures relatives aux médecins spécialistes

4.2.1. Vu la mesure générale de gel de l'indexation, les honoraires pour les médecins spécialistes seront maintenus au niveau du 31 décembre 2014.

4.2.2. Toutefois :

- a) à partir du 1^{er} février 2015, les honoraires de réanimation (article 13, § 1^{er}, à l'exception de la prestation n° 211525) sont réduits de 18,55 % à la suite de la décision du gouvernement, et ce dans l'attente de l'entrée en vigueur d'adaptations structurelles alternatives proposées par le Conseil technique médical et approuvées par la CNMM ;
- b) à partir du 1^{er} février 2015 également, les honoraires de dialyse sont réduits de 8,5 % à la suite de la décision du gouvernement, et ce dans l'attente de l'entrée en vigueur d'adaptations structurelles alternatives proposées par la CNMM et par le secteur des hôpitaux ;
- c) les dispositions de la nomenclature en matière de mammographies diagnostiques sont adaptées sur la base de propositions du Conseil technique médical et les dépenses sont réduites de 8,5 millions d'euros. Dans le même temps, une intervention de 8,5 millions d'euros est instaurée pour financer la numérisation de l'imagerie concernée (cf. 4.2.8.). Cette réforme s'accompagnera d'une concertation avec les Communautés et fera également l'objet d'une campagne d'information.

4.2.3. En outre, un groupe de travail particulier pour l'imagerie médicale sera créé pour, en collaboration avec BEL MIP, effectuer un monitoring des dépenses d'imagerie médicale et des effets sur les dépenses de soins de santé du protocole d'accord du 24 février 2014 en matière d'imagerie médicale. Sur la base des résultats, certaines mesures concrètes seront élaborées. Un premier rapport sera rédigé pour la fin de juin 2015.

4.2.4. Les honoraires pour les prestations de médecins non accrédités, à l'exception des consultations et des honoraires de surveillance, seront diminués de 1% à partir du 1^{er} février 2015.

4.2.5. Il est constaté que les économies préconisées en matière de traitement de la douleur chronique n'ont pas atteint les effets attendus. Raison pour laquelle un effort supplémentaire à hauteur de 2 millions d'euros en base annuelle sera réalisé. Le SECM analysera également les écarts de pratiques entre hôpitaux.

4.2.6. Si la tendance actuelle devait se poursuivre, des mesures seront préparées pour le 30 juin 2015 afin de corriger le dépassement éventuel de l'impact estimé de la révision de la nomenclature d'orthopédie.

4.2.7. Les honoraires forfaitaires d'admission en imagerie médicale et biologie clinique sont réduits à 67 % en cas de réadmission d'un patient dans les 10 jours au sein du même hôpital.

4.2.8. Les mesures positives suivantes, déjà examinées par le CTM, seront exécutées le plus rapidement possible :

- numérisation des mammographies (8,5 millions d'euros) ;
- tests suivants en matière de biologie clinique : aspergillus, legionella, paraprotéïnémie, CMV, EBV, Mycobacterium tuberculosis et E. Colli 0157, HCG pour un montant de 0,413 million d'euros ;
- test d'hématologie (1,179 million d'euros) ;
- revalorisation des honoraires de neuropédiatrie (1,190 million d'euros) ;
- révision de la nomenclature dermatologie affections chroniques et prestations chirurgicales (3,853 millions d'euros) ;
- revalorisation de la consultation de neurologie (1,610 million d'euros) ;
- suppression de l'interdiction de cumul entre la surveillance en service G et les petites interventions (1,178 million d'euros) ;
- revalorisation de la visite du médecin spécialiste à un patient en MRS à la demande du médecin généraliste (0,316 million d'euros) ;

- enfin, une solution sera présentée pour résoudre le problème du « living donor » (0,263 million d'euros).

4.2.9. Les propositions relatives à la modification de la nomenclature traitées par le CTM, et qui sont neutres sur le plan budgétaire, seront réalisées en priorité.

4.2.10. La CNMM est d'avis qu'il faut mettre un terme à la situation dans laquelle il n'est pas prévu d'intervention pour la formation des médecins spécialistes dans les hôpitaux non universitaires. Pour cette raison, une réglementation sera préparée en 2015 avec l'ensemble des partenaires concernés afin d'instaurer à partir de 2016 une intervention forfaitaire par médecin spécialiste en formation ayant un plan de stage reconnu. À cet effet, une attention particulière sera attachée aux exigences nécessaires en matière de qualité, à la collaboration avec et entre les universités et à la transparence concernant l'attribution des places de stage.

4.3. Les mesures relatives à l'informatisation

4.3.1. Dès 2016, l'allocation de pratique et la prime télématique pour les médecins généralistes seront intégrées où, parallèlement à un montant fixe, un montant variable sera intégré qui tient compte de l'utilisation effective de la télématique. La réglementation y afférente sera préparée sous la direction de la CNMM.

Entre-temps, en 2015 :

- a) le montant de l'allocation de pratique sera fixé à 1.672,94 EUR et augmenté de 500 EUR pour les médecins qui adhèrent entièrement à l'accord. Ce montant sera attribué en fonction de la procédure d'octroi actuelle et sur la base des critères actuels de l'octroi des allocations de pratique ;
- b) un montant fixe supplémentaire de 817,20 EUR sera octroyé suivant la procédure actuelle d'octroi et sur la base des critères actuels de la prime télématique.

Les MGF peuvent prétendre à une prime télématique sans satisfaire aux critères en matière d'allocation de soutien à la pratique.

4.3.2. En outre, il est prévu dans le cadre d'un projet d'innovation qui doit permettre de tester l'utilisation de SUMEHRS dans la vie réelle en 2015, un incitant pour les médecins généralistes qui ont droit aux montants précités. À cet effet, un montant forfaitaire de 500 EUR sera octroyé aux médecins généralistes concernés qui via le DMI chargent des SUMEHRS et le rendent accessible via Vitalink ou Intermed, pour

autant que, par pratique en moyenne au moins 100 SUMHERS soient chargés par médecin.

4.3.3. De concert avec tous les partenaires intéressés (organisations de médecins, mutualités, firmes de logiciels, Recipe, ...), l'INAMI mettra sur pied en 2015 une vaste campagne d'information et des formations pratiques qui doivent permettre de familiariser un nombre maximum de médecins à :

- l'utilisation de Recipe (prescription électronique de médicaments) ;
- la demande par voie électronique du remboursement des médicaments du chapitre IV ;
- la consultation de l'assurabilité, e-fac et e-DMG ;
- l'élaboration et le chargement de SUMEHRS ;
-
- la procédure d'autorisation des patients pour l'échange électronique de données entre médecins, qui ont une relation thérapeutique avec les personnes concernées ;
-

Ces séances de formation seront agréées dans le cadre de l'accréditation. La campagne sera financée à charge des frais d'administration de l'INAMI.

5. LES RECOMMANDATIONS ET LES POINTS DE PROGRAMME PARTICULIERS

5.1. La CNMM constate que l'accord de gouvernement prévoit une extension de l'interdiction légale de facturer des suppléments d'honoraires pour les chambres à deux lits ou les salles communes aux hospitalisations de jour. Elle prend acte de l'intention du gouvernement de réaliser cette mesure pour le 30 juin 2015.

5.2. Par ailleurs, la CNMM souhaite être associée à la concrétisation de l'adaptation de la loi dite de transparence, dont l'entrée en vigueur a été reportée au 1^{er} juin 2015. À cet égard, le principe à suivre est qu'il faut tendre au maximum à des solutions simples sur le plan administratif. La production d'une pièce justificative sera valable uniquement en cas de facturation électronique ainsi que lorsque des prestations remboursables seront portées en compte au patient conjointement avec des prestations non remboursables. L'élaboration de ces pièces justificatives doit être prévue dans l'adaptation des dossiers informatiques.

À la lumière de l'évolution inéluctable vers une plus grande informatisation et dématérialisation des documents, une solution sera également recherchée au sein de la CNMM, selon laquelle, en ce qui concerne le secteur ambulatoire, un équilibre sera assuré entre, d'une part, la demande de transparence des organismes assureurs et, d'autre part, le souci d'éviter des obligations unilatérales non concertées des dispensateurs de soins. À cette fin, les parties s'engagent, en concertation, à élaborer une réglementation par laquelle les organismes assureurs pourront disposer, en ce qui concerne le secteur ambulatoire, de la totalité des montants facturés à l'assuré à l'occasion de prestations remboursables dès que la facturation au moyen d'attestations papier sera remplacée par un circuit électronique. Dans le cadre de cette concertation, il sera fixé quelle utilisation peut être faite des données concernées, à la lumière d'une part, de la réglementation sur la vie privée et, d'autre part, des missions légales des organismes assureurs.

5.3. En outre, la CNMM mettra au point un règlement pour l'attestation de suppléments pour les prestations de biologie clinique, d'anatomopathologie et les tests génétiques.

5.4. À partir du 1^{er} juillet 2015, le système du tiers payant social aussi sera rendu obligatoire par la loi pour les consultations de médecin généraliste pour les assurés bénéficiant du régime préférentiel. Cette obligation est liée à la disponibilité des applications électroniques nécessaires sur le terrain. La CNMM souhaite suivre et évaluer rigoureusement l'impact de cette mesure.

5.5. Son application projetée pour des personnes ayant le statut de malade chronique n'a pas été retenue par le gouvernement, sauf sur une base volontaire. L'Observatoire des malades chroniques a été chargé d'effectuer une analyse d'impact. Le régime du tiers payant, en ce qui concerne les consultations de médecine générale, pourra, à la demande du patient, être appliqué par voie électronique pour les malades chroniques à partir du 1^{er} juillet 2015.

5.6. La CNMM insiste pour que le SECM effectue les contrôles et radioscopiques nécessaires concernant la facturation d'honoraires en cas de séjour en soins intensifs. Elle souhaite également examiner en priorité les recommandations du SECM relatives à l'analyse du financement des services d'urgences. Enfin, la CNMM souhaite que les inspections nécessaires soient menées afin de vérifier si les conditions concernant la présence ou la disponibilité des médecins spécialistes sont effectivement réalisées, ainsi qu'en ce qui concerne l'utilisation de tests POC automatisés bien définis.

5.7. Comme déjà annoncé dans l'accord précédent, la CNMM continuera à réformer le système de l'accréditation. À ce propos, une attention particulière sera accordée à la promotion de l'utilisation des applications eHealth.

On étudiera par ailleurs dans quelle mesure les montants pour l'accréditation des spécialistes peuvent être uniformisés davantage.

5.8. La CNMM souhaite qu'une concertation tripartite soit entamée avec le gouvernement en ce qui concerne les dispositions de l'accord du gouvernement relatives au médecin généraliste de référence. Il sera examiné une répartition optimale des tâches entre le médecin généraliste et le spécialiste.

6. LA PROMOTION DU CONVENTIONNEMENT ET DU STATUT SOCIAL

6.1. Afin de stimuler l'attractivité de l'accord, pour les médecins généralistes qui adhèrent totalement à l'accord, il est prévu une hausse de l'allocation de pratique de 500 euros (cf. point 4.3.1. a).

6.2. La CNMM s'inquiète que le taux de refus de certains médecins spécialistes (dermatologues, ophtalmologues, gynécologues, ...) d'adhérer à l'accord dépasse les 50 %. Ainsi, l'accessibilité des soins en question est sérieusement entravée dans plusieurs arrondissements.

Devant cette inquiétude, il est proposé de lancer les initiatives suivantes :

6.2.1. En raison du faible taux de conventionnement dans les spécialités suivantes (ophtalmologie, gynécologie, dermatologie, ...), une concertation sera mise en œuvre entre des représentants de la CNMM et des représentants des organisations professionnelles intéressées en vue de préparer d'éventuelles initiatives futures.

6.2.2. Une prime de télématique annuelle à concurrence de 500 euros est octroyée aux médecins spécialistes entièrement conventionnés et qui participent activement à l'enregistrement de données médicales concernant les projets fixés par la CNMM (safe, orthopride, qermid, diabète, etc.). La CNMM fixera les conditions d'octroi concrètes pour le 30 juin 2015.

6.2.3. La mise en place d'un règlement en matière de suppléments d'honoraires pour certaines prestations comme la reconstruction mammaire après un cancer, par exemple en fixant des tarifs avec une déclaration d'accord.

6.3. L'analyse qui permet d'octroyer le statut social de manière plus sélective sera soumise à la CNMM avant le 31 mars 2015. Sur la base de celle-ci, il conviendra de vérifier comment les moyens disponibles pourront être redéployés aux fins de promouvoir l'adhésion à l'Accord.

Entre-temps, les montants du statut social sont adaptés comme suit :

- 4.535 EUR pour les médecins entièrement conventionnés ;
- 2.200 EUR pour les médecins partiellement conventionnés.

6.4. La CNMM crée un groupe de travail permanent qui examine des propositions concernant le fonctionnement et la modernisation de la concertation ainsi que toutes les mesures pouvant contribuer à améliorer l'attractivité du système d'accords et à plus de clarté pour les patients entre autres dans le cadre du conventionnement partiel. Un premier rapport sera rédigé pour le 30 juin 2015.

7. LES MESURES DE CORRECTION

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

8. LES 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 généralistes que pour les médecins spécialistes :

8.1.1. les dispensateurs de soins entièrement conventionnés,

8.1.2. les dispensateurs de soins partiellement conventionnés.

8.2. Médecins généralistes

8.2.1. Les dispensateurs de soins entièrement conventionnés

Le médecin généraliste entièrement conventionné 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 partiellement conventionnés

8.2.2.1. Définition et tarifs applicables

Le médecin généraliste partiellement conventionné 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 partiellement conventionné 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 partiellement conventionnés

8.3.2.1. Définition et tarifs applicables

Le médecin spécialiste partiellement conventionné 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 partiellement conventionné 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 ambulatoires (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 ambulatoires 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 ambulatoires 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 consultations aux patients ambulatoires 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 67.636,22 euros par ménage, augmentés de 2.253,73 euros par personne à charge, lorsqu'il n'y a qu'un seul titulaire ;

soit 45.090,32 euros par titulaire, augmentés 2.253,73 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.

Les données concernées seront publiées sur le site de l'INAMI (www.inami.be).

9. LA 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. DURÉE DE L'ACCORD

10.1. Le présent accord est conclu pour une période d'une année, à savoir du 1^{er} janvier 2015 au 31 décembre 2015.

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 la législation ou de la 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.

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.

10.3. Sauf pour ce qui concerne les économies et les mesures de correction mentionnées dans l'accord, en application de l'article 1183 du Code civil, l'accord est résolu de plein droit 30 jours après la publication au Moniteur belge de mesures d'économies fixées de manière unilatérale par le gouvernement, à l'égard des médecins auxquels s'appliquent les dispositions. Dans ce cas, une réunion d'urgence de la CNMM à laquelle est invitée le ministre est convoquée préalablement à l'expiration de ce délai et en cas d'extrême urgence, et ce dans le but d'élaborer une solution acceptable pour toutes les parties.

11. LES FORMALITÉS

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 22 décembre 2014.	
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 le... (date) 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 22 décembre 2014, 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

éclare exercer mon activité professionnelle conformément aux clauses de l'accord national médico-mutualiste, conclu le 22 décembre 2014, 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 concernés 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,

Les représentants des médecins (ABSyM-BVAS, AADM et Cartel-Kartel).

Les représentants des organismes assureurs.