

ACCORD NATIONAL MEDICO-MUTUALISTE 2004-2005.

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 (CNMM), sous la Présidence de M. Gabriel PERL, a conclu en sa séance du 15 décembre 2003, l'accord suivant :

1. OBJECTIF BUDGETAIRE PARTIEL 2004.

La CNMM prend acte du montant de l'objectif budgétaire partiel 2004, fixé par le Comité de l'assurance à 5.012.268 milliers €.

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. Projet H0405/01 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(cfr projet suivant).	63.217	63.217
1.2. Projet H 0405/02 A compter du 1er avril 2004, les honoraires des visites des médecins généralistes tels qu'ils étaient fixés au 31 décembre 2003, sont indexés de façon linéaire de 1,38 %	3.828	5.104
TOTAL INDEXATION	67.045	68.321
2.1. Médecins généralistes :		
Projet H0405/03 A compter du 1er octobre 2004, les honoraires des visites sont augmentés de 2,67 € et sont donc portés à code 103110 : 22,99 € code 104672 : 22,99 € code 103132 : 28 € code 104370 : 28 € code 104112 : 22,22 € code 103913 : 28 € code 103316 : 22,22 € code 103515 : 28 €	7.645	30.576
Projet H0405/04 A compter du 1er octobre 2004, l'honoraire pour le DMG (code 102771) est porté à 19 €	656	2.624
TOTAL GENERALISTES	8.301	33.200

2.2. Médecins spécialistes :		
Projet H0405/05 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
Projet H0405/06 A compter du 1er octobre 2004, les honoraires de surveillance (art.25) sont revalorisés	1.141	4.564
Projet H0405/07 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
TOTAL SPECIALISTES	3.646	11.166
TOTAL HONORAIRES 2004	78.992	112.687

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 €)
PROJET N03/21 Physiothérapie (concordance avec les nouvelles conventions et la kinésithérapie)	0
PROJET N03/22 Stomatologie (actualisation de la nomenclature)	0
PROJET N03/26 Honoraires de consultance (diabète) à partir de 2004	1.550 (déjà inclus dans les estimations techniques 2004)
PROJET N0405/01 Accréditation/Médecine nucléaire art.18,§2, B, d) quinquies (corr.4 codes oubliés Q)	36
PROJET N0405/02 Obstétrique (supplément d'urgence) et pédiatrie (présence du pédiatre lors de l' accouchement)	1.339
PROJET N0405/03 Psychothérapie réservée aux psychiatres art.1, §10 et art.2 I	quelques économies
PROJET N0405/04 Psychiatrie de liaison art.25, §2, d) – règles d'application	0
PROJET N0405/05 Splittings échographies – écho urinaire art 17 et 17 quater (erreur matérielle)	pm
PROJET N0405/06 Chirurgie ambulatoire – chirurgie ophtalmologique remboursée extra-muros art.15	-1.000
PROJET N0405/07 Cellules souches	1.800
PROJET N0405/08 Consultation préanesthésie	1.580
PROJET N0405/09 excédent cutané art.14 (100 cas /an)	surcoût minime

PROJET N0405/10 Gériatrie de liaison	2.500
PROJET N0405/11 Guidelines RX (cfr annexe 1)	économies majeures à terme
PROJET N0405/12 Intervention chirurgie multidisciplinaire	4.000
PROJET N0405/13 Médecine générale stagiaires 005-006	0,3
PROJET N0405/14 Ophtalmologie – modernisation (strabisme)	1.000
PROJET N0405/15 Ponction hanche	0
PROJET N0405/16 Ponction sous-occipitale (suppression)	0
PROJET N0405/17 Prothèses mammaires – enlèvement pour complications (quelques dizaines de cas)	surcoût minime
PROJET N0405/18 Reconstruction sternum art.14 k)(10 cas /an)	surcoût minime
PROJET N0405/19 Financement des moyens de contraste dans le budget de l'imagerie médicale	pm
PROJET N0405/20 Urologie – actes techniques thérapeutiques	1.580
PROJET N0405/21 Taping de la ,cheville *	0
PROJET N0405/22 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.

Les rubriques 2 et 3 sont financées de la façon suivante :

- 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.

	IMPACT BUDGETAIRE 2005 en milliers €	IMPACT BUDGETAIRE SUR BASE ANNUELLE en milliers €
5.1. Médecins généralistes		
Projet H0405/08 A compter du 1er avril 2005, les honoraires de consultation au cabinet du médecin généraliste sont portés à code 101010 :11,57 € code101032 :16,41 € code 101076 : 19 € code 101054 : 16,42 €	12.442	16.589
Projet H0405/09 A compter du 1er avril 2005, les honoraires	8.590	11.452

des visites sont portés à code 103110 : 23,99 € code 104672 : 23,99 € code 103132 : 29 € code 104370 : 29 € code 104112 : 23,22€ code 103913 :29 € code 103316 :23,22 € code 103515 : 29 €		
Projet H0405/10 A compter du 1er décembre 2005, les honoraires de consultation au cabinet du médecin généraliste sont portés à code 101010 :12,57 € code101032 :17,41 € code 101076 : 20 € code 101054 : 17,42 €	1868	22.418
Projet H0405/11 A compter du 1er décembre 2005, les honoraires des visites sont portés à code 103110 : 24,99€ code 104672 : 24,99 € code 103132 : 30 € code 104370 : 30 € code 104112 : 24,22 € code 103913 :30 € code 103316 :24,22 € code 103515 : 30 €	955	11.452
Projet H0405/12 A compter du 1er avril 2005, l' honoraire pour le DMG (code 102771) est porté à 20€	2.625	3.500
TOTAL GENERALISTES	26.480	65.411
5.2. Médecins spécialistes		
Projet H0405/13 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
TOTAL SPECIALISTES	10.195	27.791
TOTAL HONORAIRES 2005	36.675	93.202

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

- 9.1. L'indemnisation annuelle de base en faveur du médecin généraliste accrédité en tant qu'intervention dans les frais d'administration liés à la gestion du dossier médical global s'élève pour 2004 à [125 € + indexation de 1,38% = 126,73 €].
La CNMM charge un groupe de travail conduit par le Président de la CNMM d'évaluer le système du DMG et de formuler, avant le 1^{er} juillet 2004, des propositions ayant trait :

- au contenu du DMG;
- une optimisation de l'emploi du DMG, entre autres en ce qui concerne l'enregistrement de données (curatives et préventives), le dépistage et en matière de bonnes pratiques
- l'échange de données entre les médecins généralistes et les médecins-spécialistes : résultats des examens et des traitements, dépistage et prévention de certaines affections, suivi d'affections chroniques déterminées ;
- l'intégration de mesures actuelles concernant certains types de pathologies chroniques (ex. : diabète)

Sur base des propositions du groupe de travail, la CNMM peut demander au CNPQ d'adresser des recommandations aux médecins concernant le DMG.

- 9.2. 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.

Le groupe de travail est composé paritairement de membres représentant les organismes assureurs et de membres représentant les organisations représentatives de médecins. Le banc des organisations de médecins est composé paritairement de médecins généralistes et de médecins

spécialistes. Les propositions qui sont approuvées par une majorité de chacun des groupes du banc médical sont soumises à la CNMM.

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.

- 9.3. La CNMM créera un groupe de travail pour l'intégration des allocations forfaitaires DMG, EMDMI et d'éventuelles autres indemnités de pratiques, dans le but d'améliorer leur efficacité.

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. Pour la bonne réussite de la réalisation de ces propositions, la CNMM presse les instances compétentes de développer – sur base de l'article 36bis, § 1^{er}, dernier alinéa de la loi soins de santé obligatoire - un système de financement adéquat en faveur des organes d'accréditation et pour ce faire, de mettre à disposition les moyens financiers nécessaires.

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, et ceci en concordance avec ce qui est déjà prévu pour le moment dans l'arrêté royal du 18 janvier 1971 instituant un régime d'avantages sociaux pour les dentistes.

- 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 qui sont réputés de plein droit avoir adhéré au présent accord pour leur activité professionnelle complète;
- 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 selon lesquelles, conformément aux clauses dudit accord, ils appliqueront ou non les montants d'honoraires qui y sont fixés, et dont l'activité professionnelle exercée conformément aux clauses de l'accord correspond aux minima suivants :
- pour les médecins de médecine générale :
 - * ou bien des consultations au cabinet représentant au moins dix heures par semaine, réparties sur trois jours au moins;
 - * ou bien des consultations au cabinet représentant au moins les trois-quarts de l'activité professionnelle hebdomadaire;
 - pour les médecins spécialistes exerçant leur activité professionnelle en tout ou en partie en milieu hospitalier :

- * ou bien vingt-cinq heures par semaine au moins;
- * ou bien les trois-quarts de l'activité professionnelle;
- pour les médecins spécialistes exerçant leur activité professionnelle exclusivement en dehors du milieu hospitalier :
 - * ou bien des consultations au cabinet représentant au moins vingt heures par semaine;
 - * ou bien des consultations au cabinet représentant au moins les trois-quarts de l'activité professionnelle.

La CNMM émettra son avis concernant les montants du statut social 2005 avant le 30 juin 2004.

La CNMM insiste fortement auprès du Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur le fait que l'arrêté royal fixant les montants pour l'année 2004 et pour l'année 2005 soit publié le plus vite possible et au plus tard le 30 juin 2004 et le 30 juin 2005 dans le Moniteur belge.

- 11.3. La CNMM charge un groupe de travail d'examiner la possibilité d'instaurer des avantages comparables dans le cadre du statut social.

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.

13.2. La CNMM donne comme avis au Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, de modifier en 2004 ou 2005, l'arrêté royal du 10 octobre 1986 portant exécution de l'article 53, alinéa 8, de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, de façon que le régime du tiers payant puisse être appliqué pour les prestations avec les n°s de codes 102410, 102432, 104252 et 104274.

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.

- 14.2. En cas d'insuffisance des mécanismes de correction susvisés ou en cas de non-application de ces mécanismes ou si les mesures de correction mentionnées à l'article 51, §3 de la loi relative à l'assurance soins de santé obligatoire précitée, ne sont pas prises en temps utile ou sont insuffisantes, il est appliqué une réduction automatique et immédiatement applicable des honoraires ou autres montants ou des tarifs de remboursement en cas de dépassement significatif ou risque de dépassement significatif de l'objectif annuel partiel, selon les règles fixées aux alinéas 5 à 7 de l'article 51, §2 susvisé.

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 1er 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.
- 15.4. Sans préjudice du point 4.3., la CNMM charge un groupe de travail d'élaborer des mesures structurelles qui permettent une maîtrise structurelle des dépenses.
- 15.5. La CNMM recommande à l'autorité de tutelle de revoir l'arrêté royal du 10 juin 1991 (Moniteur belge du 14 juin 1991) pour prendre en considération dans le calcul du dépassement ou du risque de dépassement de l'objectif budgétaire partiel et par

conséquent d'éventuelles mesures de correction, les dépenses concernant les prestations à leur date de réalisation et non plus à leur date de comptabilisation.

La CNMM recommande également à l'autorité de tutelle de modifier les articles 59 et 69 de la loi SSI de façon que pour l'application de ces dispositions les dépenses pour les prestations soient prises en considération à leur date de réalisation et non plus à leur date de comptabilisation.

- 15.6. La CNMM recommande à l'autorité de tutelle de faire adopter le projet d'article assurant la base légale du financement du fonctionnement des organisations médicales représentatives et figurant dans la loi-programme en préparation. Elle recommande que soit pris dès que possible un arrêté royal en la matière assurant l'exécution du texte légal.
- 15.7. La CNMM recommande à l'Autorité de tutelle l'application en pratique en 2004 et 2005, de l'article 225 de la loi-programme (I) du 24 décembre 2002.
- 15.8. La CNMM mettra sur pied un groupe de travail qui examinera la faisabilité d'une procédure de votes électroniques pour les élections de 2006.
- 15.9. La CNMM demandera au Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique de presser le Ministre du Travail de proposer aux médecins une formule de collaboration analogue à celle prévue dans la loi du 12 août 2000 portant des dispositions sociales et l'arrêté royal du 15 juillet 2002 pris en exécution de cette loi.
- 15.10. La CNMM recommande à l'Autorité de tutelle de placer les moyens financiers pour les interventions forfaitaires de dialyse dans les honoraires des médecins.
- 15.11. La CNMM recommande à l'Autorité de tutelle de faire le nécessaire afin que pour le 1^{er} novembre 2004, pour une série de disciplines de médecine spécialisée, des numéros d'identification séparés soient introduits par l'INAMI en concertation étroite avec le Directeur général des professions de la santé, surveillance médicale et bien-être au travail du Service Fédéral de la Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement.

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.
- 16.2. Médecins de médecine générale.

Pour les médecins de médecine générale, sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire, les taux d'honoraires et les indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués à toutes les visites au domicile du malade, aux consultations en cabinet organisées en sorte de représenter soit au moins dix heures par semaine, réparties sur trois jours au moins, soit un nombre d'heures correspondant aux trois-quarts de l'activité en cabinet, à des heures qui conviennent normalement aux bénéficiaires de l'assurance soins de santé, ainsi qu'aux prestations techniques effectuées au cours de ces visites ou consultations.

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

- 16.2.1. les visites non urgentes effectuées à la demande du malade en dehors des heures ou du programme de la tournée normale du médecin;
- 16.2.2. les appels de malades entraînant pour le médecin un déplacement d'une importance inhabituelle;

- 16.2.3. 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;
- 16.2.4. les consultations données sur rendez-vous en dehors des consultations prévues à l'alinéa précédent ou perturbant leur déroulement normal.

Il est entendu cependant que le malade en traitement, invité à se représenter au cabinet du médecin, a droit à l'application, pour chaque consultation, du régime d'honoraires de la première consultation.

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.

19.1. 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 Commission nationale médico-mutualiste, 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 :

Je soussigné,

Nom et prénoms :

Adresse complète :
.....
.....

Qualité :

Médecin de médecine générale/Médecin spécialiste en.....

..... (Biffer la mention inutile)

Numéro d'identification I.N.A.M.I. :

déclare refuser d'adhérer aux termes de l'accord national médico-mutualiste, conclu le 15 décembre 2003.

Date :

Signature :

19.2. Les médecins, autres que ceux qui ont notifié, conformément aux dispositions prévues sous 19.1., leur refus d'adhésion aux termes de l'accord conclu le 15 décembre 2003 à la Commission nationale médico-mutualiste, 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 dudit accord :

a) ils appliqueront les montants d'honoraires qui y sont fixés;

b) ils n'appliqueront pas 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 19.1. La lettre comportera les mentions suivantes :

1° Pour les médecins de médecine générale :

Je soussigné,

Nom et prénoms :

Adresse complète :

Numéro d'identification I.N.A.M.I. :

déclare limiter mon activité professionnelle exercée conformément aux clauses de l'accord national médico-mutualiste, conclu le 15 décembre 2003, dans les conditions de temps et de lieu suivantes :

a) Consultations au cabinet représentant au moins dix heures par semaine, réparties sur trois jours au moins :

Jours	Lieu	Heures
.....
.....

b) Consultations au cabinet représentant au moins les trois-quarts de l'activité professionnelle hebdomadaire :

Jours	Lieu	Heures
.....
.....

L'activité exercée pour les consultations au cabinet en dehors des conditions de l'accord national médico-mutualiste est la suivante :

Jours	Lieu	Heures
.....
.....

Date :

Signature :

2° Pour les médecins spécialistes :

Je soussigné,

Nom et prénoms :

Adresse complète :

Médecin spécialiste en :

Numéro d'identification I.N.A.M.I. :

déclare limiter mon activité professionnelle exercée conformément aux clauses de l'accord national médico-mutualiste, conclu le 15 décembre 2003, dans les conditions de temps et de lieu suivantes :

a) Médecin spécialiste exerçant son activité professionnelle en tout ou en partie en milieu hospitalier :

- Activité professionnelle représentant vingt-cinq heures par semaine au moins :

Temps plein :

Total des heures par semaine	Etablissement
.....

Temps partiel :

Jours	Etablissement	Heures
.....
.....

Jours	Cabinet : lieu	Heures
.....
.....

- Activité professionnelle représentant au moins les trois-quarts de l'activité professionnelle :

Jours	Activité	Heures
.....
.....

L'activité exercée en dehors des conditions de l'accord national médico-mutualiste est la suivante :

Jours	Activité	Heures
.....
.....

b) Médecin spécialiste exerçant son activité professionnelle exclusivement en dehors du milieu hospitalier :

- Consultations au cabinet représentant au moins vingt heures par semaine :

Jours	Lieu	Heures
.....
.....

- Consultations au cabinet représentant au moins les trois-quarts de l'activité professionnelle :

Jours	Lieu	Heures
.....
.....

L'activité exercée en dehors des conditions de l'accord national médico-mutualiste est la suivante :

Jours	Lieu	Heures
.....
.....

Date :

Signature :

- 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.

Fait à Bruxelles, le 15 décembre 2003.

Les Représentants du banc médical (ABSYM/BVAS et KARTEL/CARTEL),
Les Représentants du banc des organismes assureurs