

ACCORD NATIONAL MÉDICO- MUTUALISTE 2018-2019

En vertu des articles 26, 50 et 51 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, la Commission nationale médico-mutualiste (ci-après CNMM), sous la présidence de M. Johan DE COCK, a conclu le 19 décembre 2017 l'accord suivant pour les années 2018-2019.

1. LE CONTEXTE

1.1. Faisant suite aux mesures gouvernementales selon lesquelles l'indexation complète des honoraires n'a pu être appliquée en 2017, plusieurs adaptations légales ont été concrétisées dans la loi du 11 août 2017, après concertation entre le Gouvernement et la CNMM.

Ces adaptations visaient en premier lieu à préciser le cadre légal pour la conclusion d'accords pluriannuels. Désormais, un cadre financier pluriannuel fera partie de l'accord. L'accord visé, et le cadre financier qui y est lié, seront également soumis à l'approbation du gouvernement.

La procédure de vote au Comité de l'assurance a par ailleurs été adaptée. Les propositions qui portent sur la discussion budgétaire réclament désormais une majorité, tant sur le banc des dispensateurs de soins que sur celui des mutualités.

La CNMM a également pris connaissance de la lettre du 13 octobre 2017 par laquelle l'INAMI précise la portée des dispositions de la loi précitée, avec l'accord de la Cellule stratégique de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique.

En outre, un projet de loi prévoyant l'octroi d'avantages sociaux pour les médecins conventionnés qui exercent une activité professionnelle au-delà de l'âge légal de départ à la retraite a été déposé.

Enfin, la CNMM a, via le Conseil général, pris connaissance de l'avant-projet de loi relatif aux soins à basse variabilité.

La CNMM insiste pour que, lors de l'exécution de l'accord, il soit tenu compte des propositions qui avaient été transmises à la ministre concernant l'exclusion du champ d'application des honoraires des médecins appelés en consultation à l'occasion d'une hospitalisation, en ce qui concerne l'augmentation provisoire de la base de calcul des suppléments d'honoraires de 15 % et en ce qui concerne l'introduction de deux groupes de patientes dans le cadre d'un accouchement par voie vaginale selon qu'une prestation épidurale soit dispensée ou non.

En outre la CNMM rappelle le cadre d'accords du 25 janvier 2017 (Doc. CNMM 2017/03) dans lequel le souhait était émis de tenir compte de la préoccupation de garantir une implication opérationnelle et stratégique des médecins dans la gouvernance de futur réseaux hospitaliers.

Au vu de tous ces éléments, mais aussi dans le souhait de garantir la sécurité tarifaire des patients, le présent accord est conclu.

1.2. Cet accord, qui vaut pour une période de deux ans, s'inscrit dans le cadre de la décision du Comité de l'assurance du 4 décembre 2017 visant à développer une vision d'avenir pour le secteur des soins de santé et repose sur sept principes de base clairs :

- améliorer l'organisation et la qualité des soins dans plusieurs domaines au niveau tant de la médecine générale que de la médecine spécialisée (dossier médical global, postes de garde de médecine générale et déploiement du système 1733, soins relatifs à la problématique du dos, soins complexes aux cancéreux, soins de santé mentale) ;
- veiller au déploiement du plan d'action e-Santé, compte tenu de l'apport des dispensateurs de soins et des réalités du terrain ;

- optimiser la sécurité tarifaire des patients, via des mesures permettant la maîtrise des suppléments d'honoraires ;
- développer les soins efficaces chez les prescripteurs et les dispensateurs de soins ;
- actualiser et recalculer le système de l'accréditation ;
- adapter la Nomenclature des prestations de santé sur la base (NPS) d'une analyse de terrain dressant un inventaire des échelles de valeurs relatives pour l'intensité de l'activité médicale et des coûts opérationnels, et qui formule des propositions dans le but d'éliminer les inégalités interdisciplinaires injustifiées des honoraires de médecins ;
- développer des initiatives favorisant une collaboration transversale entre les médecins et d'autres dispensateurs de soins en ce qui concerne les soins chroniques ou complexes.

2. OBJECTIF BUDGÉTAIRE PARTIEL 2018-2019

2.1. La CNMM constate que le 9 octobre 2017, le Conseil général a fixé le montant de l'objectif budgétaire global 2018 et a approuvé sa ventilation en objectifs budgétaires partiels.

L'objectif budgétaire partiel pour les honoraires des médecins est fixé pour 2018 à 8.440.574 milliers d'euros. Un montant de 159.356 milliers d'euros est fixé pour les honoraires pour la dialyse rénale.

Les montants précités sont respectivement supérieurs de 4,1 % et 3,6 % aux estimations techniques les plus récentes de l'INAMI pour l'année 2017.

Les enveloppes de biologie clinique et d'imagerie médicale sont fixées respectivement à 1.359.755 milliers d'euros et à 1.288.920 milliers d'euros compte tenu des corrections prises (cf. point 3), soit respectivement 4,1 % et 3,2% de plus par rapport aux dernières estimations techniques de l'INAMI pour l'année 2017.

2.2. Sauf proposition contraire du Comité de l'assurance, la part des honoraires des médecins dans l'objectif budgétaire global 2019 (calculée en prix de 2018) est au moins maintenue au niveau de la part qui a été allouée en 2018. Pour ce calcul il ne sera pas tenu compte de montants supplémentaires alloués par le gouvernement en 2019 à l'objectif budgétaire, le cas échéant en dehors de la norme de croissance légale. Le montant ainsi obtenu est majoré de la masse d'indexation qui résulte des dispositions réglementaires applicables à la date de l'entrée en vigueur de l'accord.

3. MESURES FINANCIÈRES

Afin de gommer la différence entre les estimations techniques et l'objectif budgétaire partiel accordé, un effort structurel de 35.862 mille euros, soit 0,42 %, s'impose.

3.1. Cet effort sera réparti comme suit en 2018, compte tenu notamment des analyses faites dans les rapports d'audit :

- une indexation linéaire de 1,5 % est accordée à partir du 1^{er} janvier 2018 pour les honoraires, sauf en ce qui concerne les exceptions mentionnées ci-après et les clauses d'indexation prévues dans des arrêtés royaux spécifiques (e.a. pour la biologie clinique : honoraires forfaitaires par prescription, honoraires forfaitaires pour un contrat de trajet de soins, convention "genetic counseling", disponibilité des médecins généralistes, des médecins spécialistes et des pédiatres en Services E, avis médical aux patients palliatifs);
- les consultations des médecins généralistes, à l'exclusion des honoraires supplémentaires pour cas d'urgence, et les consultations de spécialistes sont indexées de 1,68 % à partir du 1^{er} janvier 2018. Les visites à domicile sont indexés de 1,5% ;
- le DMG et la prime intégrée pour la médecine générale ne sont pas indexés;

- les honoraires pour examens génétiques (art. 33 NPS) et les prestations techniques urgentes ne sont pas indexés;
- les honoraires spécifiques pour les médecins non accrédités ne sont pas indexés ;
- les honoraires d'imagerie médicale et de biologie clinique sont indexés de 1,25 % à partir du 1^{er} janvier 2018. En outre, des mesures sont prises dans ces secteurs en ce qui concerne respectivement les limitations du volume de CT de la colonne vertébrale et la limitation du taux de vitamine B 12 et d'acide folique (cf. point 4.4.2.). Dans ces secteurs, des mesures structurelles seront également développées pour corriger le comportement prescripteur en fonction de l'"evidence based practice" (EBP) (cf. point 4.4.3.).

La mesure concernant la biologie clinique sera exécutée via une adaptation de la nomenclature qui entrera en vigueur le 1^{er} juin 2018.

La mesure en matière d'imagerie médicale se fonde sur le maintien en 2018 du volume de CT de la colonne vertébrale réalisés en 2015. Si on constate que cet objectif n'est pas atteint, cela entraînera une adaptation des tarifs au 1^{er} octobre 2018, avec d'un impact structurel de 2,6 mios d'euros. À ce propos, l'imagerie médicale pour la colonne lombaire sous ses différentes formes (RX, CT et RMN) sera considérée dans son ensemble.

- Par ailleurs, la rétribution d'une consultation multidisciplinaire dans le cadre d'une chirurgie de la colonne vertébrale sera instaurée (cf. point 4.1.3.1.2.) et des honoraires pour thrombectomie seront prévus à partir du 1^{er} octobre 2018.
- De même, les honoraires pour la consultation par un spécialiste accrédité en médecine interne sont majorés à 45 euros à partir du 1^{er} avril 2018.
- Enfin, il sera également tenu compte, à concurrence de 6.126 milliers d'euros, desdits montants réservés. Il s'agit de mesures ayant fait l'objet d'une décision mais dont l'exécution a pris du retard si bien que ces initiatives ne pourront pas entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2018. Un

montant d'au moins 2 millions d'euros sera prévu à partir du 1^{er} janvier 2019 à titre d'intervention dans le financement de l'OCT.

3.2. La CNMM a veillé à ce qu'un effort proportionnel soit demandé de la part des médecins généralistes et des médecins spécialistes.

3.3. Pour 2019, la CNMM proposera des mesures à concurrence de 9,9 millions d'euros en compensation des montants réservés précités et des effets de débordement des mesures sur base annuelle.

4. AUTRES MESURES

4.1. Amélioration de l'organisation de la qualité des soins dispensés

4.1.1. Dossier médical global (DMG)

Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) de l'INAMI a effectué une étude de terrain concernant le dossier médical global (code 102771) afin d'esquisser une image représentative de l'utilisation et de la qualité du DMG. Des recommandations concrètes ont également été formulées.

Le DMG est, par excellence, un outil destiné à l'organisation de la qualité et de la continuité des soins.

Bien que les dépenses liées au DMG soient considérables, il faut bien constater que certains objectifs ne sont que partiellement atteints. Il ressort ainsi de l'analyse faite par le SECM et communiquée à la CNMM le 30 juin 2017 que l'objectif de centralisation des informations pertinentes du patient n'est que partiellement réalisé. Dans de trop nombreux cas, nous avons constaté des zones d'ombre. Le lien avec le Sumehr n'a pas non plus été suffisamment développé. Enfin, une généralisation de l'utilisation du DMG par les assurés peut être encore davantage encouragée.

4.1.1.1. Ces constatations impliquent que des adaptations sont nécessaires au niveau du DMG qui sera complètement électronique à partir de 2021.

La prime de pratique intégrée sera utilisée comme instrument de développement ultérieur du DMG. Elle sera dorénavant constituée de trois volets : l'allocation de pratique, l'allocation pour la bonne utilisation du DMG et l'allocation pour l'utilisation des services e-Santé.

Les médecins généralistes en formation (MGF) qui font usage d'un logiciel homologué conservent le droit à une prime télématique de 800 EUR.

L'allocation de pratique est fixée à 1.000 euros, aux conditions actuellement d'application.

Ce montant peut être majoré à maximum 6000 euros comme suit :

Un montant de 2500 euros sera octroyé pour la bonne utilisation du DMG, par exemple sur la base des indicateurs suivants :

- le chargement des Sumehrs pour un pourcentage substantiel des patients qui ont bénéficié de l'ouverture d'un DMG ;
- l'utilisation du schéma de médication ;
- l'utilisation d'EBM-Practicenet ;
- la communication à l'ISP (Sciensano) de certains paramètres relatifs à l'utilisation proactive du DMG pour des patients atteints d'affections chroniques ;
- l'enregistrement des déclarations de volonté légalement prévues (don d'organes, déclarations de volonté en matière de fin de vie).

Pour 2018, les paramètres mesurables seront définis pour le 1^{er} avril 2018. Pour 2019, ils seront définis pour le 31 décembre 2018. La période d'évaluation pour l'année 2018 se réfère à la période du 1^{er} juillet au 31 décembre 2018.

Un autre montant de 2500 euros sera alloué dans le cadre de l'utilisation des services e-Santé (cf. point 4.2.11.).

4.1.1.2. Par ailleurs, tous les dispensateurs de soins compétents pourront vérifier via MyCarenet l'identité du médecin généraliste gestionnaire du DMG d'un patient et, en cas d'abus, l'Ordre des médecins sera prié de veiller au respect des règles déontologiques en cas de changement de gestionnaire du DMG.

4.1.1.3. Les initiatives requises seront prises pour pouvoir conclure et rétribuer le DMG en cours d'accord au niveau de la pratique.

4.1.1.4. Les organismes assureurs informeront leurs affiliés qui n'ont pas conclu de DMG au sujet de ses avantages. De plus, on examinera la possibilité de faire appliquer le régime du tiers payant pour les prestations du gestionnaire du DMG.

4.1.1.5. Enfin, la CNMM examinera dans quelles conditions la prolongation du DMG pourra à l'avenir être désolidarisée d'un contact annuel obligatoire avec le médecin généraliste. À cet effet, une proposition concrète sera formulée pour le 30 juin 2018, permettant de prévoir progressivement à partir du 1^{er} janvier 2019 une indemnité pour la gestion du DMG de certains groupes de patients lorsqu'il n'y a pas eu de contact patient au cours de l'année précédente. Cette proposition en question en établira également l'impact financier.

4.1.2. Soins non programmables et financement des postes de garde de médecine générale et des honoraires liés aux gardes.

Au cours du printemps 2018, après consultation de la CNMM et du Conseil Supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes, un cadre légal sera créé, qui définira les conditions relatives à l'organisation d'un service de garde obligatoire des médecins généralistes. Il sera notamment prévu que le service de garde doit être organisé dans le cadre de structures de coopération qui s'adressent à un groupe démographique d'au moins 300.000 personnes. Les structures de coopération concernées seront agréées par le SPF Santé publique.

Les postes de garde de médecine générale constituent un élément essentiel de ces structures de coopération. L'objectif politique est de disposer de postes de garde de médecine générale sur l'ensemble du territoire au cours des quatre prochaines années. Chaque poste de garde fonctionnera dans une structure de coopération comportant au moins trois postes de garde. Un numéro d'appel unique (**1733**) traitera les appels pour le service de garde. Cela signifie donc que l'accès téléphonique au poste de garde se fera via le 1733.

Afin d'assurer un déploiement coordonné des structures de coopération et des postes de garde et d'assurer le numéro 1733, le SPF Santé publique et l'INAMI créeront une cellule inter-administrative. Une plate-forme d'accompagnement sera également prévue avec la participation des représentants du terrain.

Au sein de la cellule interadministrative, il sera également examiné avec les stakeholders concernés de quelle manière et avec quels moyens financiers un cadre uniforme pour le financement de la garde de semaine peut être établi.

4.1.2.1. Financement et conditions de financement 2018 pour des initiatives existantes.

4.1.2.1.1. Les montants de financement des postes de garde existants en 2018 sont identiques à ceux de 2017 et seront intégrés dans un contrat couvrant la période du 1^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2018 inclus. Dans ce cadre, une clause d'indexation pour les charges salariales peut être prévue.

4.1.2.1.2. Les engagements suivants sont repris dans les contrats pour l'année 2018 :

4.1.2.1.2.1 Pour la période du 15 mars 2018 au 15 juin 2018, les postes de garde de médecine générale enregistrent leur activité (pendant les week-ends et la semaine, tant en journée qu'en soirée et la nuit), en utilisant le template fixé par la CNMM, et en communiquent les résultats au SPF Santé publique et à l'INAMI au plus tard le 30 juin 2018.

4.1.2.1.2.2. Les postes de garde de médecine générale ne proposent pas de nouveaux engagements au cours de l'année 2018 concernant leurs dépenses ultérieures au 31 décembre 2018, tant que la CNMM n'aura pris aucune autre décision en la matière.

4.1.2.1.2.3. Les postes de garde collaborent aux initiatives publiques visant l'organisation intégrée des soins non programmables, en particulier : l'implémentation de l'instrument 1733, le développement d'initiatives de collaboration entre les postes de garde et la concrétisation et la gestion des plans d'accords avec les services des urgences.

4.1.2.1.2.4. Début 2018, les postes de garde de médecine générale entament la préparation du passage général à la facturation électronique des honoraires de garde, de sorte qu'elle puisse effectivement et sans sursis entrer en vigueur au cours de l'année 2019, ce qui permettra l'enregistrement du lieu et du moment des prestations de soins de garde.

4.1.2.2. Financement des initiatives existantes en 2019.

La CNMM prend connaissance de la communication de la ministre, qui annonce que le système 1733 sera entièrement implémenté pendant la durée de l'accord.

Pour le 31 octobre 2018 au plus tard, la CNMM décidera de la structuration du financement d'initiatives existantes en 2019, compte tenu :

- de l'état d'avancement de l'exécution de la nouvelle réglementation sur le rôle, le fonctionnement et le financement des postes de garde dans le cadre des soins non programmables ;
- de l'opérationnalité fonctionnelle et gestionnelle des initiatives de collaboration visées au point 4.1.2.1.2.3.

4.1.2.3. Financement de nouvelles initiatives.

4.1.2.3.1. De nouvelles initiatives pourront être prises en ligne de compte dans les limites des ressources budgétaires disponibles, à condition qu'elles s'engagent à

participer à une initiative de collaboration comme prévu au point 4.1.2.1.2.3. et à avoir une zone d'activité de minimum 100.000 habitants.

4.1.2.3.2. Les nouvelles initiatives basculeront dès le début dans le système 1733 et seront géographiquement et opérationnellement liées à un service d'urgence. Si un service d'urgence est géographiquement trop éloigné de la zone de médecins généralistes qui doit être couverte, ou s'il est constaté explicitement qu'il ne peut pas se rattacher à un poste de garde voisin, un nouveau poste de garde pourra être financé à condition qu'il soit relié opérationnellement à un poste de garde se trouvant à proximité d'un service d'urgence.

4.1.2.3.3. L'autorité pourvoira, sous la coordination de l'INAMI, au soutien professionnel nécessaire des initiatives de collaboration sur la base d'une approche uniforme.

4.1.2.4. Intégration de la politique des honoraires de disponibilité dans la politique globale sur les soins non programmables.

La CNMM présentera dans le courant des deuxième et troisième trimestres de 2018 des modifications dans le système des honoraires de disponibilité pour les médecins généralistes, compte tenu des informations visées au point 4.1.2.1.2.1., dans un premier temps en ce qui concerne la nuit noire (de 23h à 8h).

4.1.3. Points d'attention spécifiques.

4.1.3.1 Lombalgies.

Un cinquième des belges souffre de lombalgies. En raison de la combinaison d'une apparition fréquente des plaintes diffuses, de l'utilisation importante des soins de santé et du coût social, la lombalgie est un problème de santé publique majeur.

La CNMM souhaite coopérer pleinement aux initiatives suivantes :

4.1.3.1.1. Application de la directive clinique relative à la lombalgie et à la douleur radiculaire.

Le KCE a récemment élaboré une directive sur la prise en charge des lombalgies et des douleurs radiculaires, depuis l'évaluation initiale jusqu'à la reprise éventuelle des activités professionnelles, y compris tous les traitements invasifs et non invasifs. Dans ce cadre, un itinéraire de soins cliniques a été développé en vue d'une approche optimale de la lombalgie. En concertation avec le groupe de direction EBP, la CNMM élaborera une stratégie concrète de communication et de mise en œuvre d'ici le 30 juin 2018.

4.1.3.1.2. Adaptation de la nomenclature pour la pathologie de la colonne vertébrale.

Le nombre d'interventions chirurgicales sur la colonne vertébrale s'est accru de 40 % au cours des 15 dernières années. On observe également une forte variation dans la pratique, ainsi qu'un nombre croissant de cas de "failed back management syndrome".

Aux fins de mieux gérer ces évolutions, la nomenclature sera révisée dans le courant de l'année 2018 et un plan d'amélioration sera concrétisé sur la base des principes suivants :

- instauration d'un triage diagnostique uniforme avec indication standardisée pour le traitement thérapeutique ;
- création d'un modèle organisationnel pluridisciplinaire, la "spine unit", où neurochirurgiens, chirurgiens orthopédistes, spécialistes en médecine physique, anesthésistes - algologues et autres médecins spécialisés dans les problèmes de l'appareil locomoteur travaillent ensemble et où les décisions de (ré)interventions et de traitements complexes (neuromodulation) ne peuvent être prises qu'après une consultation pluridisciplinaire dans laquelle sont également impliqués le gestionnaire du DMG et le cas échéant les kinésithérapeutes ;
- révision de la nomenclature des prestations relatives à la chirurgie de la colonne vertébrale, adaptée aux nouvelles conditions de pratique ;

- enregistrement des données diagnostiques et thérapeutiques des patients concernés traités de manière conservatoire, chirurgicale ou par neuromodulation, y compris une mesure des résultats rapportés par le patient (PROM) et/ou une mesure de l'expérience rapportée par le patient (PREM).

4.1.3.1.3. Réduction des prestations non nécessaire.

Malgré l'accord de protocole qui a été conclu en 2014 sur l'imagerie médicale et dans lequel une réduction du nombre d'exams CT du rachis lombaire a été promise, les chiffres montrent une image différente.

Pour cette raison, et dans l'attente d'une réactualisation du protocole d'accord sur l'imagerie médicale, les dépenses autorisées pour les prestations concernées sont maintenues au niveau de 2015. Dans ce cadre, on constate également de grandes disparités géographiques. Les prescripteurs et radiologues concernés seront interrogés à ce sujet par les équipes soins efficaces de l'INAMI sur la base d'objectifs quantifiables constatés.

Une campagne de sensibilisation sera menée en ce qui concerne la prescription de dispositifs médicaux (entre autres des corsets...) pour les lombalgies non spécifiques.

4.1.3.1.4. Initiatives en matière d'incapacité de travail

Dans le secteur de l'incapacité de travail, un certain nombre de projets pilotes ont été lancés en ce qui concerne la douleur chronique et le retour au travail. La Commission Supérieure du Conseil Médical de l'Invalidité a également développé un fil conducteur en matière d'approche des assurances dans le cadre de la lombalgie aspécifique. Le lien sera également fait avec les médecins prescripteurs et traitants afin de réduire la fréquence des demandes d'incapacité de travail dans ce domaine.

4.1.3.2. Soins complexes aux cancéreux

Pour le 30 juin 2018, après concertation au sein de la CNMM, des propositions de conventions avec des hôpitaux individuels seront soumises au Comité de l'assurance afin d'améliorer l'approche des interventions chirurgicales complexes pour les tumeurs de l'œsophage et du pancréas. Dans le cadre des interventions complexes et de haute technicité, le patient doit pouvoir compter sur des soins de qualité qui sont dispensés dans un environnement adapté garantissant l'expertise nécessaire appliquée et améliorée en continu.

Il s'agit d'une mission de soins suprarégionale qui ne peut être menée qu'au sein des centres d'expertise spécifiques.

Ces conventions prévoient une MOC spécifique pour les patients suspectés d'un diagnostic de cancer du pancréas ou de carcinome de l'œsophage et prévoient que ces interventions ne pourront être réalisées que par des centres de référence disposant d'une expérience suffisante. La collaboration avec les équipes des hôpitaux qui auront renvoyé le patient et les médecins généralistes sera assurée.

En outre, des représentants de la CNMM, du Collège des médecins-directeurs et des centres concernés, évalueront la convention de reconstruction mammaire en cas de cancer. Il sera examiné si ce mécanisme pourrait être appliqué dans des situations similaires.

4.1.3.3. Soins de santé mentale

Dans le cadre de la réforme des soins psychiatriques pour adultes (projets art. 107), des accords seront conclus pour savoir sous quelles conditions et dans quelles situations les équipes mobiles pourront faire appel à un psychiatre hospitalier pour le traitement et le suivi de patients à domicile.

Des accords structurels seront concrétisés en une convention avec les hôpitaux. Les honoraires de surveillance libérés seront complètement et par étapes réinvestis via la nomenclature dans la rémunération des psychiatres qui travaillent dans les équipes mobiles.

4.2. e-Santé.

La CNMM a consacré toute une analyse aux problèmes rencontrés lors du déploiement de la feuille de route e-Santé. La plateforme e-Santé et la cellule Healthdata y ont été étroitement associées. Sur la base de cette analyse reposant sur des expériences concrètes du terrain, la CNMM formule les 10 points d'action suivants :

4.2.1. Création d'une plateforme permanente de concertation entre les dispensateurs de soins, les mutualités, les représentants des fournisseurs de logiciels et les services publics concernés.

Cette plateforme a pour objectif de mettre sur pied des cadres d'accords et des contrats standards clairs avec les utilisateurs et d'organiser une gestion de services correcte incluant les fonctions de helpdesk requises.

L'INAMI prendra des initiatives pour lancer une telle plateforme pour la fin du premier trimestre 2018.

4.2.2. Introduction de la prescription électronique obligatoire de médicaments.

Conformément à la décision du Comité de l'assurance du 4 décembre 2017, la prescription électronique de médicaments pour les médecins, les dentistes et les accoucheuses sera obligatoire à partir du 1^{er} juin 2018, pour les prescriptions délivrées dans le cadre d'une consultation. Cette obligation ne s'applique pas aux prescripteurs qui auront atteint l'âge de 62 ans à cette date. Pour les prescripteurs occasionnels, une nouvelle version de l'application Internet Paris sera mise à leur disposition à cette date. La nouvelle version utilisera une technologie IT très récemment mise à disposition qui permet de prescrire de manière sécurisée sans obligation d'installer un certificat e-Santé sur l'appareil du prescripteur.

À partir de la mi-2019, il sera possible d'aller chercher des médicaments dans toutes les pharmacies publiques sans devoir obligatoirement fournir une preuve papier de la prescription électronique. La prescription mobile de médicaments sera également assurée. Les modalités concrètes sont fixées en concertation avec toutes les parties prenantes.

La CNMM s'engage à faire appliquer de façon généralisée la prescription électronique à partir du 1^{er} janvier 2021 au plus tard.

4.2.3. Soutien et support.

Malgré les efforts qui ont été fournis en matière de formation, la demande de soutien reste très importante.

Un élément important est l'alignement et la structuration des fonctions de helpdesk. Dans le cadre de la concertation visée au point 4.2.1., des instructions claires doivent être définies par e-Santé en la matière, en indiquant les responsabilités respectives.

4.2.4. Performance, continuité et sécurité.

Il est clair qu'il faut investir encore plus dans la surveillance et le monitoring de la performance et de la continuité du système e-Santé, qui est constitué de différentes applications en interaction.

Il est demandé à e-Santé de prendre les initiatives nécessaires y afférentes et de développer dans le courant de 2018, en plus d'un système de monitoring, un plan d'intervention efficient en cas d'incidents.

4.2.5. Convivialité.

La communication via les Hubs entre la première ligne et la deuxième ligne doit être simplifiée. Pour le moment, la collecte de toutes sortes d'éléments de dossiers demande un investissement en temps trop considérable. Dans ce cadre,

il faut examiner si on ne peut pas évoluer d'une approche "pull" vers une approche "push".

Il est demandé à e-Santé de prendre les initiatives nécessaires en la matière dans le courant de 2018, en concertation avec les dispensateurs de soins concernés. Dans ce cadre, il faut veiller à ce que des informations codées puissent être intégrées directement dans le dossier électronique.

On insiste aussi pour fournir les feed-back requis aux groupes professionnels concernés à partir des registres de Healthdata.

Il sera demandé aux fournisseurs de progiciels de développer un dashboarding, par exemple en vue du suivi des critères à réaliser pour la prime de pratique intégré.

4.2.6. Simplification administrative.

L'e-Santé permet de faciliter les simplifications administratives.

Dans ce cadre, outre les possibilités en matière de prescription électronique, il convient, pour l'exécution du plan e-Santé, d'encourager également prioritairement tout particulièrement le développement et ensuite l'utilisation des e-Forms, de préférence sur la base de standards ouverts.

4.2.7. Médecins spécialistes.

La CNMM insiste pour qu'on investisse également dans le développement d'applications logicielles pour les dossiers de patient de médecins spécialistes, pour autant qu'ils ne puissent pas être intégrés dans le DPI de l'hôpital.

Une première condition est d'avoir une vue claire des applications actuellement utilisées et des attentes des parties prenantes. À cet effet, une enquête sera réalisée dans le courant de 2018 par l'INAMI, en collaboration avec le SFP Santé publique et e-Santé, auprès des médecins spécialistes.

En concertation avec le SFP Santé publique et e-Santé, un plan d'approche sera mis au point sur la base de cette enquête dans le courant de l'année 2019. Ceci devra permettre de réaliser une communication aisée entre le médecin généraliste et le spécialiste, à partir du moment où l'utilisation de l'e-DMG deviendra obligatoire.

4.2.8. MyCarenet.

La CNMM a constaté que de grands progrès ont été enregistrés au niveau de la qualité des applications MyCarenet.

Néanmoins, la CNMM insiste pour documenter pour le 30 septembre 2018, de façon claire et aisément consultable, les paiements qui sont effectués aux médecins. Une procédure standardisée sera développée à cette fin.

Une priorité absolue est le déploiement d'e-Attest (facturation électronique en dehors du régime du tiers-payant). Cette possibilité est offerte aux médecins généralistes à partir de 2018.

4.2.9. Quick wins.

La CNMM insiste pour que les standards en ce qui concerne la communication des résultats en matière de biologie clinique (LOINC) soient appliqués par les laboratoires médicaux dans le courant de l'accord et compte tenu de l'évaluation des projets-pilotes en cours.

Le Sumehr 2 doit également être implémenté pour la fin 2018 dans les DMI.

Enfin, il convient aussi de se pencher sur les formulaires de demande et les prescriptions électroniques (imagerie médicale, kinésithérapie, art infirmier).

4.2.10. Sécurité.

Garantir les conditions de sécurité requises au niveau technique et au niveau de la vie privée reste également une priorité absolue. Ici aussi, un monitoring et un reporting efficaces sont nécessaires.

Un soutien aux dispensateurs de soins sera prévu lors de l'introduction du RGPD.

4.2.11. e-Santé et prime de pratique intégrée.

Il a été indiqué plus haut (voir point 4.1.1.) que la prime de pratique intégrée contient également un volet e-Santé à concurrence de 2500 euros pour autant que les critères fixés soient atteints.

Ces critères concerneront entre autres :

- l'utilisation d'e-Fac et e-Attest ;
- la prescription électronique de médicaments ;
- la demande électronique de médicaments du chapitre 4 ;
- l'utilisation de Mediprima ;
- l'ouverture d'un DMG via MyCarenet.

Pour 2018, les paramètres concrets seront définis pour le 1^{er} avril 2018. Pour 2019, ils seront définis pour le 31 décembre 2018. La période d'évaluation pour l'année 2018 se réfère à la période du 1^{er} juillet au 31 décembre 2018.

4.3. Suppléments d'honoraires.

Conformément au précédent Accord médico-mutualiste, l'AIM a procédé à une analyse des suppléments d'honoraires pour les séjours hospitaliers. Cette étude qui est publiée sur le site web de l'INAMI identifie un certain nombre de points noirs et formule diverses recommandations.

Sur la base de cette étude, la CNMM formule les propositions qui suivent dans les domaines suivants :

- la création d'une plus grande transparence envers les patients ;
- la correction des suppléments d'honoraires dans des situations particulières ;
- le ralentissement du rythme de croissance des suppléments d'honoraires.

4.3.1. Plus de transparence.

4.3.1.1. La CNMM convient que d'ici le 1^{er} janvier 2019, tous les hôpitaux devraient fournir une estimation préalable des coûts pour une liste de traitements courants en faveur des patients hospitalisés.

La CNMM souhaite élaborer un modèle standard en étroite concertation avec les représentants des hôpitaux.

Les estimations de coûts comprennent également les suppléments d'honoraires et fixent leur montant maximal. Pour les autres éléments, le coût à charge du patient est reproduit assorti d'un montant minimum et d'un montant maximum sur la base des données de facturation réelles. Les estimations de coûts seront considérées comme un engagement mutuel dès leur signature.

L'AIM assurera le suivi de cette mesure et procédera à son évaluation avant la fin du présent accord.

4.3.1.2. La CNMM souhaite élaborer avec la Commission de conventions des hôpitaux une proposition où, en ce qui concerne les suppléments d'honoraires sur la facture patients, il sera précisé par médecin quelles parts sont respectivement destinées au médecin et à l'hôpital.

4.3.1.3. En ce qui concerne le secteur ambulatoire, la CNMM définira avant le 30 juin 2018 les données complémentaires que les dispensateurs de soins devront transmettre aux organismes assureurs dans le cadre du transfert de données électronique (e-Attest).

4.3.2. La correction des suppléments d'honoraires dans des situations particulières.

Il ressort de l'analyse susvisée réalisée par l'AIM que 23 % des séjours hospitaliers ont donné lieu en 2015 à des suppléments d'honoraires.

La CNMM formulera sur base d'une analyse approfondi de l'étude AIM d'ici le 30 juin 2018 des propositions visant à corriger les montants des suppléments d'honoraires dans des situations particulières. Il s'agit notamment des transplantations, des traitements du cancer chez les enfants, des maladies rares (repris sur la liste d'Orphanet), des polytraumatismes,... Dans ces circonstances, les suppléments d'honoraires par séjour ne devraient pas dépasser 5 000 euros.

4.3.3. Ralentissement du rythme de croissance des suppléments d'honoraires.

Les baromètres hospitaliers des mutualités montrent une augmentation régulière des suppléments d'honoraires. Les raisons en sont notamment l'augmentation des suppléments d'honoraires en chambre individuelle en raison de l'interdiction en chambres à deux lits; une augmentation de certains coûts (informatique ; frais d'accréditation de l'hôpital ; accords sociaux du passé, suppression de l'intervention assurance responsabilité civile ; une augmentation du nombre de chambres individuelles ; une adaptation du règlement général hospitalier dans les hôpitaux en raison du sous-financement de certaines parties du BFM).

La CNMM insiste sur le fait qu'un certain nombre de facteurs contribuant à une augmentation des suppléments d'honoraires doivent être mieux maîtrisés. Dans ce cadre il est logique qu'un refinancement des hôpitaux mène à une adaptation des contributions qui à son tour génère un impact au niveau des suppléments d'honoraires.

La CNMM propose à la ministre des Affaires sociales de mandater le SPF Santé publique et l'INAMI pour entamer une concertation où seront associés proportionnellement tous les acteurs concernés (hôpitaux, médecins, mutualités, assureurs et pouvoirs publics) et qui aura pour objectif de fixer les conditions sous lesquelles une convention sur un éventuel standstill pourra voir le jour jusque fin

2019, permettant de geler une augmentation des suppléments d'honoraires, y compris les prestations dans les soins de basse variabilité, des contributions des médecins aux hôpitaux et des économies sur le budget dans les ressources financières des hôpitaux et dans la nomenclature des prestations de santé. La plateforme de concertation concernée formulera une proposition pour le 30 juin 2018. La CNMM demande aux médecins et aux hôpitaux de ne prendre entre-temps aucune mesure qui rendrait plus difficile la conclusion d'un tel accord.

4.4. Soins efficaces

Ces dernières années, l'INAMI a consenti des investissements pour promouvoir des soins efficaces et de lutter contre le recours inutile aux soins. Ces investissements ont débouché sur le plan d'action en matière de contrôle des soins de santé qui a été approuvé par le Conseil général en juillet 2016 et présenté à la CNMM. Un nouveau et futur plan d'action sera soumis début 2018.

Toutes les parties collaboreront activement à la réalisation des conditions suivantes, afin d'atteindre les objectifs inscrits dans le plan soins efficaces :

- disponibilité de recommandations de bonne pratique basées sur des indicateurs vérifiables, benchmarks pertinents et priorités fixées dans un plan EBP périodique ;
- accès à des données pertinentes concernant les dispensateurs de soins et les patients ;
- outils performants pour assurer le suivi des recommandations et pour permettre une bonne communication ;
- collaboration de tous les intéressés.

Il va de soi qu'il faut également établir des connexions claires avec le système d'accréditation des dispensateurs de soins.

4.4.1. La CNMM souhaite d'abord mener des actions dans le domaine de l'imagerie médicale.

4.4.1.1. À ce propos, une limitation des CT du rachis lombaire est prévue dans l'enveloppe destinée à l'imagerie médicale.

4.4.1.2. Sans préjudice du désir et de la nécessité d'actualiser le protocole d'accord en matière d'imagerie médicale, la CNMM souhaite que les prescripteurs et les radiologues puissent disposer d'un outil d'aide à la décision qui soit transparent d'un point de vue méthodologique, evidence based, qui donne une orientation et qui soit le plus convivial possible. Cet outil doit permettre de réduire la prescription et la réalisation d'examens d'imagerie médicale inutiles ou superflus.

Citons à ce propos le ESR iGuide conçu par la European society of Radiology, qui est mis à jour en permanence.

La CNMM collaborera pleinement à la rédaction d'un plan d'implémentation concret pour le 30 juin 2018, en collaboration avec toutes les parties prenantes, afin de lancer à ce moment un certain nombre de projets-pilotes. Nous avons pour ambition d'intégrer largement un tel système dans la pratique médicale au cours de l'année 2020 et de lier le remboursement à l'utilisation effective d'outils d'aide à la décision.

4.4.2. Des actions sont aussi requises dans le secteur de la biologie clinique.

Les modalités de remboursement du dosage de 25-hydroxy-vitamine D seront revues dans le courant de 2018. Cette révision permettra de réallouer des moyens afin d'introduire des biomarqueurs innovants performants en oncologie.

Une correction sera apportée aux modalités de remboursement des dosages de la vitamine B12 et de l'acide folique.

La CNMM prend connaissance du projet KCE en cours concernant le support décisionnel evidence based pour la prescription de tests de laboratoire en médecine générale. Dans ce cadre, une étude est menée auprès de 300 médecins

généralistes. Elle inclut 12.000 patients et étudie l'effet de cet outil sur le comportement prescripteur. Le rapport en est attendu pour le 31 octobre 2019. Sur la base des résultats de cette étude, une décision sera alors prise en vue d'une application plus généralisée. La CNMM exprime le souhait qu'en collaboration avec l'équipe de recherche des projets pilotes concrets soient le plus rapidement possible démarrés.

Par ailleurs, les résultats de laboratoire seront communiqués par les laboratoires aux prescripteurs d'ici la fin de 2019, selon la norme LOINC (Logical Observation Identifiers Names and Codes Standard) et compte tenu de l'évaluation des projets-pilotes en cours.

4.4.3. Responsabilisation.

Un mécanisme de responsabilisation financière des prescripteurs est instauré en biologie clinique et en imagerie médicale. À cet effet, une nette distinction selon l'origine des prescripteurs (médecin généraliste ou médecin spécialiste) sera désormais établie dans l'enveloppe pour les prestations ambulatoires de biologie clinique et d'imagerie médicale.

En cas de dépassement de l'enveloppe, les prescripteurs qui atteignent une haute fréquence ou un haut volume de prescription seront placés sous monitoring ? Les organismes assureurs et les GLEMs seront informés. Pour autant qu'aucun changement dans le comportement de prescription soit constaté, des mesures financières seront prises. Pour le 30 juin au plus tard, la CNMM concrétisera ces principes où tant le rôle du prescripteur que le rôle du dispensateur de soins seront pris en considération.

4.4.4. Prescription de médicaments.

4.4.4.1. Biosimilaires.

Les médicaments biosimilaires occupent une place de plus en plus importante dans l'offre thérapeutique. Néanmoins, il convient de noter que l'utilisation de ces médicaments dans notre pays reste limitée par rapport à d'autres pays, bien que les analyses de l'Agence européenne des médicaments (EMA) démontrent sans

ambiguïté l'équivalence avec les médicaments biologiques originaux. Ces médicaments sont également de plus en plus souvent délivrés dans les officines publiques.

La ministre des Affaires sociales et de la Santé publique a exprimé le souhait que la CNMM coopère à la concrétisation de mesures donnant lieu à un quota minimum de spécialités biosimilaires dans la totalité des médicaments biologiques prescrits et délivrés en officines publiques. Un supplément temporaire au forfait d'accréditation sera accordé à titre d'incitation pour aider à atteindre cet objectif. La prescription de médicaments anti-TNF sera lancée dans le cadre d'un projet-pilote.

4.4.4.2. La prescription de médicaments bon marchés.

En exécution des décisions budgétaires 2018 du gouvernement, les initiatives requises en matière de soutien et de communication seront prises pour réaliser les quotas prévus réglementairement.

4.4.5. Feed-back.

Dans le cadre du plan des soins efficaces, un feed-back individuel sera adressé aux médecins généralistes et aux maisons médicales au cours du premier trimestre 2018 en ce qui concerne l'imagerie médicale, les antibiotiques, la polymédication, la biologie clinique et les psychotropes. En 2019, un feed-back individuel sera envoyé aux spécialistes concernant la prescription des médicaments.

4.5. Accréditation.

La CNMM convient que le système actuel d'accréditation doit être complètement réformé en un système de perfectionnement professionnel continu et de promotion de la qualité mesurable, en tenant compte également des objectifs en matière de soins efficaces. À cette fin, la CNMM, en coopération avec le CNPQ et en accord avec le SPF Santé publique, élaborera une proposition concrète d'ici le 30 septembre 2018 sur la base des principes suivants.

Le caractère "tout-ou-rien" du système actuel doit être abandonné.

La CNMM souhaite qu'un nouveau système soit lancé en 2019, conçu sous la forme d'un système en trois volets contenant les éléments suivants :

- le suivi de la formation professionnelle continue, pour soutenir le cycle PDCA du médecin ou de la pratique médicale, à travers des programmes reconnus, des formations et des parcours d'e-learning en relation avec les évolutions scientifiques pertinentes et en tenant compte des priorités définies dans le plan EBP et d'objectifs de formation personnels. L'information relative aux formations suivies sera conservée dans le dossier professionnel du médecin ;
- la participation au peer review dans des groupes de qualité locaux (GLEM) en vue du développement d'une coopération professionnelle utile et de formuler des programmes d'amélioration qualitative au niveau du GLEM ;
- la réalisation d'objectifs individuels en matière de qualité, basés sur un ensemble d'indicateurs de prescription et de traitement mis au point par des experts appartenant aux associations scientifiques pertinentes.

Chaque poste se voit attribuer des points de crédit. Un supplément temporaire peut être accordé pour inciter la réalisation d'objectifs spécifiques ou d'efforts spécifiques (cf. point 4.4.4.1.).

Lors de la conception de cette réforme, on veillera à ce qu'aucune charge administrative supplémentaire ne soit introduite.

Enfin, le financement de l'accréditation sera revu étape par étape. Un plus grand poids sera accordé au forfait d'accréditation. Cela permettra à terme une rétribution équivalente pour des efforts équivalents réalisés. Une première étape dans ce sens sera entamée en 2019.

4.6. Adaptation de la nomenclature.

La nomenclature est un instrument de fixation des honoraires pour les prestations remboursées par l'assurance soins de santé.

Elle constitue également le fondement de la sécurité tarifaire des patients ainsi qu'un levier important pour le pilotage et la maîtrise des dépenses.

Il convient de garder à l'esprit qu'une part importante des honoraires à l'hôpital est utilisée pour contribuer aux coûts et au financement des activités hospitalières. Il s'agit en l'occurrence d'un montant estimé par la dernière étude MAHA à au moins 2,5 milliards d'euros.

La CNMM a pris connaissance des travaux de plusieurs équipes universitaires dans le cadre d'une éventuelle révision de la nomenclature et demande de charger un groupe de recherche de l'élaboration de propositions en vue d'atteindre les objectifs suivants : l'élimination des différences de revenus déraisonnables entre médecins généralistes et médecins spécialistes et entre médecins spécialistes eux-mêmes, la prise en compte de l'évolution de l'activité médicale, l'amélioration de la logique interne, la lisibilité et la transparence de la nomenclature, la charge de travail, le risque et la responsabilité, l'introduction d'incitants pour promouvoir la coopération et la qualité.

En première instance, ce groupe de recherche doit faire des propositions concernant :

- la standardisation et la classification de la nomenclature des prestations de santé ;
- l'identification de la distinction entre les honoraires professionnels et les coûts de fonctionnement pour les principales procédures médicales.

Un plan d'approche concret sera élaboré pour le 31 mars 2018. Lors de l'exécution du projet il sera fait appel à une expertise étendue du terrain. Le rapport sera coordonné par l'INAMI et le SPF Santé publique.

Ce projet a prioritairement pour objectif d'apporter davantage de clarté dans le financement des activités médicales.

Un premier rapport est attendu pour le 31 mars 2019. Un rapport final devra être livré pour fin décembre 2019. Les étapes ultérieures de ce processus de réforme permanent seront ensuite réalisées sur cette base.

5. AUTRES QUESTIONS PRIORITAIRES

5.1. Planning des soins et soins palliatifs.

La CNMM s'engagera sur la mise en place de l'Advanced Care Planning (ACP). Une planification précoce des soins contribue à la communication et à la formulation anticipées des préférences et des objectifs de soins futurs du patient aux dispensateurs de soins traitants. Les résultats de cette planification précoce de soins seront inclus dans le DMG et le Sumehr. En plus on étudiera comment implémenter le Palliative Care Indicator Tool (PICT) dans la pratique des soins de santé..

5.2. Médecins en formation.

En 2018, en raison du raccourcissement de la durée de la formation de base à 6 ans, deux cohortes de médecins parcourront en même temps les trajets de formation professionnelle. Cela signifie que la capacité de stage doit être augmentée de 15 à 20 %; l'impact de cette augmentation dans le temps dépend de la durée de formation prévue.

Un aspect supplémentaire pour les médecins généralistes en formation est la prolongation du stage professionnel de deux à trois ans ; il comportera également un stage hospitalier professionnel avec un système d'agrément propre pour les services de stages et les maîtres de stages.

En 2016 et 2017, un montant de 10 millions d'euros a été octroyé aux maîtres de stage en dehors des hôpitaux universitaires, par maître de stage.

La CNMM a proposé d'allouer le montant disponible de 10 millions d'euros pour les années 2016 et 2017, par maître de stage, quel que soit le nombre de MSF en stage. La CNMM insiste pour que ces montants soient octroyés le plus rapidement possible aux maîtres de stage bénéficiaires.

La CNMM constate qu'il faut considérer cela comme une phase de transition étant donné l'intention de la ministre d'introduire un mécanisme de financement lié à la personne, dans le cadre duquel les différents mécanismes de financement existants, dont le montant de 10 millions d'euros, seront utilisés pour les MSF. Dans ce cadre, des garanties seront également prévues en ce qui concerne la qualité du volet formation du stage professionnel.

La CNMM élaborera, pour le 30 juin 2018, une proposition devant apporter une solution aux médecins généralistes et médecins-spécialistes en formation en leur permettant de constituer des droits à la pension pendant leur formation.

5.3. Simplification administrative.

Pendant la durée de l'accord, les représentants de la CNMM élaboreront une série de propositions visant des simplifications administratives. Dans un premier temps, on examinera comment supprimer la présence physique obligatoire du médecin généraliste dans les consultations multidisciplinaires.

5.4. Coopération inter-administrative

La CNMM insiste sur la bonne collaboration entre les différentes administrations lors de l'exécution des points de l'accord qui demandent une contribution inter-administrative.

6. STATUT SOCIAL

Pour 2018, les montants suivants sont proposés :

- conventionnés complets : 4.870,71 euros
- conventionnés partiels : 2.297,63 euros

Afin d'attribuer les avantages sociaux de manière plus sélective, un seuil d'activité a été instauré à partir de l'année d'application 2017, exprimé en un montant minimum de prestations de nomenclature attestées à l'assurance maladie. Les médecins qui n'atteignaient pas le seuil d'activité, pouvaient, dans le cadre de l'octroi des avantages sociaux de 2017, introduire une demande pour assimiler leur situation d'activité avec celle des médecins qui ont bien atteint le seuil.

Sur la base des demandes d'assimilation introduites, la CNMM élaborera une proposition afin d'offrir une solution pour certaines catégories de médecins qui peuvent entrer en ligne de compte pour les avantages sociaux sans avoir atteint le seuil d'activité.

7. MESURES DE CORRECTION

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

7.2. Si, en raison de l'éventuelle application d'une prolongation automatique du DMG ou d'une extension de la réglementation du tiers payant obligatoire, on constate des dépenses supplémentaires au cours de la période de l'accord, ces dépenses supplémentaires ne peuvent donner lieu à des corrections au sens des articles 18 et 40 de la loi SSI.

8. SUIVI DE L'ACCORD

La CNMM assurera le suivi de l'exécution de l'accord au moyen d'un tableau de bord qui sera établi chaque trimestre. L'avancement de l'exécution de l'accord fera en plus l'objet d'une concertation avec la ministre des Affaires sociales.

9. CONDITIONS D'APPLICATION DE L'ACCORD

9.1. 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 :

- Les dispensateurs de soins entièrement conventionnés.
- Les dispensateurs de soins partiellement conventionnés.

9.2. Les médecins généralistes

9.2.1. 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 9.2.3., les taux d'honoraires et les indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués à l'ensemble de sa pratique.

9.2.2. Les dispensateurs de soins partiellement conventionnés

9.2.2.1. 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 9.2.2.2.

Sauf durant les périodes et selon les conditions définies strictement au point 9.2.2.2, ou sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 9.2.3, les taux d'honoraires et les indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués à l'ensemble de sa pratique.

9.2.2.2. 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 :

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

9.2.2.2.2. 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 9.2.3.

9.2.3. Exigences particulières du bénéficiaire

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

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

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

9.2.3.3. 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 ;

9.2.3.4. 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 à 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 10 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.

9.3. Médecins spécialistes

9.3.1. Les dispensateurs de soins totalement conventionnés

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

9.3.2. Les dispensateurs de soins partiellement conventionnés

9.3.2.1. 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 9.3.2.2.

Sauf durant les périodes et selon les conditions définies strictement au point 9.3.2.2, ou sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 9.3.3, les taux d'honoraires et les indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués à l'ensemble de sa pratique.

9.3.2.2. 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 uniquement pour toute prestation (consultations, rendez-vous, prestations techniques,...) aux patients ambulatoires (patients non hospitalisés et hors hôpital de jour ou forfaits) :

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

9.3.2.2.2. 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 9.3.3, et à des heures qui conviennent normalement aux bénéficiaires de l'assurance soins de santé ;

9.3.2.2.3. 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 9.3.3.

9.3.3. Exigences particulières du bénéficiaire

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

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

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

9.3.3.3. les consultations aux patients ambulatoires réalisées à la demande expresse du patient après 21 h 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 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 10 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.

9.4. 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 imposable 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 de 2.253,73 euros par personne à charge, lorsqu'il y a plusieurs titulaires.

9.5. Les contestations concernant le point 9 feront l'objet d'un arbitrage par un collège paritaire composé par la CNMM et présidé par un fonctionnaire de l'INAMI.

9.6. Les médecins qui appliquent le tiers payant facultatif tel que visé à l'article 9, alinéa 1^{er}, de l'arrêté royal du 18 septembre 2015 portant exécution de l'article 53, § 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif au régime du tiers payant, respectent les tarifs de l'accord pour les prestations couvertes par le tiers payant facultatif précité.

10. LITIGES ET MÉDIATION

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.

11. DURÉE DE L'ACCORD

11.1. Le présent accord est conclu pour une période de deux ans, à savoir du 1er janvier 2018 au 31 décembre 2019 inclus.

11.2. Dénonciation

11.2.1. Conformément à l'art. 51, § 9, de la loi SSI, le présent accord peut être dénoncé entièrement ou partiellement par une partie ou par un dispensateur de soins individuel pendant la durée de celui-ci, si le Roi ou le Conseil général prennent des mesures dans l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités entraînant une restriction des honoraires fixés conformément à l'article 50, § 6, à l'exception des mesures prises en application des articles 18, 51 et 68 de cette loi.

11.2.2. L'accord peut être dénoncé entièrement ou partiellement par une partie après publication au Moniteur belge de mesures législatives concernant l'extension du régime obligatoire du tiers payant ou concernant la réglementation relative aux suppléments portés en compte pour les chambres particulières et/ou pour les prestations ambulatoires, sauf si ces mesures ont été prises en exécutant l'article 4.3. de l'accord, avec l'accord de la CNMM.

11.2.3. L'accord peut être dénoncé entièrement ou partiellement par une partie après une décision du gouvernement ou du Conseil général par laquelle le point 2.2. de l'accord n'est pas respecté.

11.2.4. L'accord peut être dénoncé par une partie ou par un médecin, après la publication au Moniteur belge d'une législation ou réglementation qui nuit gravement de manière unilatérale et sans concertation avec les parties à l'équilibre des droits et obligations découlant du présent accord auquel le médecin a adhéré.

11.2.5. Une organisation représentative qui souhaite invoquer la dénonciation sur la base des situations visées aux points 11.2.1. à 11.2.4. le notifie par lettre recommandée à la poste, adressée au président de la CNMM, dans un délai de 15 jours après la constatation d'une des situations précitées. Dans ce cas le président de la CNMM convoque une réunion à laquelle le ministre est invité. Si aucun accord n'est trouvé à l'occasion de cette réunion, l'accord prend fin 30 jours après la survenance d'une de ces situations.

Dans ces cas précités, les avantages du statut social restent garantis à l'égard de ceux qui avaient adhéré à l'accord et qui s'engagent à appliquer les tarifs en vigueur.

11.2.6. Un médecin qui souhaite invoquer la dénonciation sur la base de la situation visée aux points 11.2.1. ou 11.2.4., le notifie par lettre recommandée à la poste, au président de la CNMM, dans un délai de 15 jours après la constatation d'une des situations précitées. Cette dénonciation est individuelle et est d'application à partir de l'entrée en vigueur des mesures visées aux points 11.2.1. ou 11.2.4..

11.2.7. L'accord peut également être dénoncé par un médecin avant le 15 décembre 2018 au moyen de l'application en ligne sécurisée que l'INAMI met à disposition à cette fin au moyen du portail MyInami. Cette dénonciation s'applique à partir du 1^{er} janvier 2019.

12. FORMALITÉS

12.1. 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 au moyen de l'application en ligne sécurisée que l'INAMI met à disposition à cette fin au moyen du portail MyInami.

12.2. Les médecins, autres que ceux qui, conformément aux dispositions prévues au point 12.1, ont notifié leur refus d'adhésion aux termes de l'accord conclu le 19 décembre 2017 à la CNMM, sont réputés d'office avoir adhéré à cet accord pour leur activité professionnelle complète, sauf si, dans les trente jours qui suivent la publication de cet accord au Moniteur belge, ils ont communiqué, d'une part, les conditions de temps et de lieu dans lesquelles ils appliqueront le montant des honoraires qui y sont fixés, conformément aux clauses du présent accord, et, d'autre part, les conditions de temps et de lieu dans lesquelles ils n'appliqueront pas le montant des honoraires qui y sont fixés. Cette communication se fait au moyen de l'application en ligne sécurisée que l'INAMI met à disposition à cette fin au moyen du portail MyInami.

12.3. Tous changements ultérieurs des conditions de temps et de lieu dans lesquelles, conformément aux clauses de l'accord, les médecins visés sous le point 12.2. appliqueront les montants d'honoraires qui y sont fixés, peuvent être appliqués à partir de leur communication au moyen de l'application en ligne sécurisée que l'INAMI met à disposition à cette fin au moyen du portail MyInami.

12.4. Les expressions de volonté sous les points 12.1, 12.2 et 12.3 sont censées être faites à la date de l'enregistrement dans l'application en ligne.

.....

Fait à Bruxelles, le 19 décembre 2017

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

Les représentants des organismes assureurs.

Objectif 2018

en 000 EUR

Objectif partiel médecins 2018	8.440.574
Objectif budgétaire global 2018	25.449.587

33,17%**Objectif 2019**

in 000 EUR

Calcul montant minimal médecins :

Objectif budgétaire global 2018	25.449.587
Norme de croissance réelle 1,5%	381.744
Calcul de la norme 2019 (hors index 2019 et hors montants supplémentaires octroyés en dehors de la norme de croissance légale)	25.831.331

Pourcentage minimal médecins	33,17%
Montant médecins avec pourcentage de 33,17 % (hors index 2019)	8.568.252

Hypothèse d'index 2019 (*)	1,09%
-----------------------------------	-------

(*) Hypothèse index honoraires 1^{er} janvier 2019 : estimation bureau du plan 4/09/2017

Tableau accord CNMM			11-12-2017
En 000 EUR	Applicati on	2018	2019
Moyens disponibles			
Masse d'indexation 2018		149.627	149.627
Économies 2018		-35.862	-35.862
Montant réservé 2018		6.126	
Total		119.891	113.765
Utilisation des moyens			
a) Indexation sélective			
Honoraires médecins : masse d'indexation 1,50%	01-01-18	133.598	133.598
1,68 % index (surcoût par rapport à 1,50 % index)			
Arrêtés royaux avec clause d'indexation	01-01-18	989	989
Consultations médecin (à l'exclusion des suppléments d'honoraires pour cas d'urgence)	01-01-18	1.567	1.567
Consultation spécialiste	01-01-18	1.455	1.455
Pas d'index au lieu de 1,50 % :			
DMG/DMG malades chroniques (30 euros/55 euros)	01-01-18	-3.388	-3.388
Examens génétiques (article 33)	01-01-18	-900	-900
Prestations techniques urgentes (article 26)	01-01-18	-1.773	-1.773
Prime intégrée de médecine générale	01-01-18	-560	-560
Prestations spécifiques de médecin non accrédité	01-01-18	-2.909	-2.909
Index 1,25 % au lieu de 1,50 %			
Biologie clinique (sauf forfaits prescription, presc. non accr.)	01-01-18	-2.472	-2.472
Imagerie médicale (sauf presc. non accr.)	01-01-18	-3.571	-3.571
b) Mesures soins efficaces			
Vitamine B12 et acide folique	01-06-18	-1.469	-2.518
CT colonne vertébrale	01-01-18	-2.648	-2.648

c) Autres mesures			
COM pour colonne vertébrale spinale (= 7.000 X 185 euros)	01-10-18	324	1.295
Nouveaux honoraires thrombectomie (= 1.300 X 1.558,46 euros)	01-10-18	557	2.026
Revalorisation de la consultation du spécialiste accrédité en médecine interne (prestation 102550 => 45,00 euros)	01-04-18	1.091	1.454
OCT	01-01-19		2.000
d) Compensation 2019			
Compensation prélèvement montants réservés	01-01-19		-9.880
Total		119.891	113.765