

Accord national médico-mutualiste 2008

Ce mardi 18 décembre 2007 à 2 h du matin, les négociations engagées ce lundi 17 décembre à 20 h en vue de la conclusion d'un accord médico-mutualiste pour l'année 2008 ont été suspendues sur un constat d'échec. Dans une course contre la montre avec les négociateurs pour la formation du gouvernement fédéral, les discussions ont été reprises, sous la conduite de M. Jo De Cock, administrateur général de l'INAMI et également président de la Commission nationale médico-mutualiste, de manière informelle avec des groupes changeants d'interlocuteurs le mercredi 19.12.2007 de 9 h à 23 h. Jeudi 20.12.2007 à 20 h 30 a été le moment de vérité. Finies les discussions philosophiques, financières ou de toute autre nature. Le texte a été examiné de manière systématique par le président et soumis à un vote. A 21 h 03, l'accord a été approuvé à l'unanimité par l'ensemble des parties.

Vendredi 21.12.2007 à 11 h, l'accord a été soumis, analysé, commenté et finalement accepté par la commission du contrôle budgétaire avant de l'être également à 12 h 30 par le Conseil général et à 13 h 30 par le Comité de l'assurance. Au moment de la mise sous presse, la toute nouvelle ministre des Affaires sociales, Laurette ONCKELINX, devait encore approuver ledit accord. On s'attend à ce que cela soit chose faite dans les toutes prochaines heures ou les tout prochains jours. L'INAMI est déjà en train de préparer la publication officielle des nouveaux tarifs pour le 28.12.2007 sur son website.

Compte tenu de la situation politique exceptionnelle au niveau fédéral, l'accord n'a été conclu que pour un an. Vous trouverez le texte intégral de l'accord en annexe.

Les médecins disposent d'un délai de 30 jours à partir de la publication au Moniteur belge pour signifier leur refus d'adhérer à l'accord ou leur adhésion partielle par lettre recommandée à l'INAMI. Des modèles de lettre seront disponibles dès que l'accord aura été publié au Moniteur belge.

En ce qui concerne les médecins spécialistes, nous attirons l'attention sur les points suivants :

Les honoraires tels qu'ils étaient fixés au 31 décembre 2007 sont indexés de façon linéaire de 1,62% au 1er janvier 2008, hormis la stomatologie, la radio-radiumthérapie, la médecine nucléaire, l'anatomie pathologique, la physiothérapie, la biologie clinique, l'imagerie médicale et les honoraires de la dialyse rénale chronique qui sont indexés de 1,52% et hormis les prestations percutanées, les examens génétiques, les examens électrocardiographiques et les prestations avec codes de nomenclature spécifiques pour les médecins spécialistes non accrédités qui ne sont pas indexés. Dès que possible, les nouveaux tarifs seront disponibles sur notre website www.gbs-vbs.org

Il est également important de noter que les mesures en matière d'honoraires de permanence et de disponibilité, telles qu'approuvées par le Comité de l'assurance du 19 mars 2007, seront étendues à tous les médecins spécialistes visés à l'article 10 de l'A.R. du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction "soins urgents spécialisés" doit répondre pour être agréée. Il s'agit ici plus particulièrement des médecins spécialistes en médecine interne, chirurgie, anesthésiologie et réanimation, radiodiagnostic, pédiatrie, chirurgie orthopédique, gynécologie-obstétrique, oto-rhino-laryngologie, ophtalmologie, psychiatrie, neurologie ou neuropsychiatrie.

ACCORD NATIONAL MEDICO-MUTUALISTE 2008

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. Johan DE COCK, a conclu le 20 décembre 2007, l'accord suivant :

1. OBJECTIF BUDGETAIRE PARTIEL 2008

La Commission nationale médico-mutualiste prend acte du montant de l'objectif budgétaire partiel 2008, fixé par le Conseil général à **6.094.825** milliers d'euros, dans lequel une masse d'indice a été contenue de 95,85 millions d'euros de même qu'une marge financière disponible de 82,66 millions d'euros pour de nouvelles initiatives. Cette marge pour les nouvelles initiatives est encore complétée par 7,78 millions d'euros qui sont libérés au sein de l'objectif budgétaire partiel de 6.094.825 milliers d'euros, un montant de 0,14 millions d'euros consécutif à un transfert venant du budget des implants et un montant de 0,12 millions d'euros consécutif à un transfert des honoraires de dialyse rénale. Le montant à répartir pour les nouvelles initiatives est donc fixé à 90,70 millions d'euros.

Le montant attribué à l'origine par le Conseil général est réservé pour 1/3 aux médecins généralistes et pour 2/3 aux médecins spécialistes. Les montants ajoutés sont attribués aux sous-secteurs desquels ils découlent.

2. HONORAIRES 2008 : INDEXATION ET REVALORISATION

Bien que cet accord, compte tenu des circonstances, a seulement une durée d'un an, la Commission nationale médico-mutualiste confirme la nécessité, dans une perspective pluriannuelle, de continuer à œuvrer au soutien et au développement de la médecine générale d'une part et d'autre part à une meilleure appréciation pour certaines disciplines au sein de la médecine spécialisée connaissant une part limitée de prestations techniques sans préjudice d'adapter la nomenclature à l'évolution médicale.

La CNMM fait appel à l'autorité pour que, en concertation avec la Commission, il soit accordé la priorité au point 18. de l'Accord.

La Commission nationale médico-mutualiste a décidé d'une première phase de rééquilibrage de la nomenclature des médecins spécialistes, en limitant les dépenses dans certains secteurs pour dégager des moyens financiers supplémentaires au profit de la psychiatrie, la pédopsychiatrie, la gériatrie, la rhumatologie, la pédiatrie, la médecine interne générale, l'oncologie, l'endocrinologie et l'hématologie. Cet effort se monte à 29,5 millions d'euros. Les parties s'engagent à ce que, pour les quatre prochaines années, au moins un montant identique au sein de l'objectif budgétaire partiel soit libéré pour de nouvelles initiatives dans ces secteurs.

Projets	2008 Budget (milliers €)
1. Indexations	
1.1. H08/01 Médecins généralistes Les honoraires tels qu'ils étaient fixés au 31 décembre 2007, sont indexés de façon linéaire de 1,62% au 1 ^{er} janvier 2008.	17.135,4

<p>1.2. H08/02 Médecins spécialistes</p> <p>Les honoraires tels qu'ils étaient fixés au 31 décembre 2007, sont indexés de façon linéaire de 1,62% au 1^{er} janvier 2008, hormis la stomatologie, la radio-radiumthérapie, la médecine nucléaire, l'anatomie pathologique, la physiothérapie, la biologie clinique, l'imagerie médicale et les honoraires de la dialyse rénale chronique qui sont indexés de 1,52% et hormis les prestations percutanées, les examens génétiques, les examens électrocardiographiques et les prestations avec codes de nomenclature spécifiques pour les médecins spécialistes non accrédités qui ne sont pas indexés.</p>	72.153,6
Total indexations	89.289

<p>2.1. Honoraires des médecins généralistes</p> <p>Les mesures entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2008</p>	<p>2008</p> <p>Budget</p> <p>(milliers €)</p>
<p>2.1.1. H08/03</p> <p>Revalorisation de 2% du 101076, 102410, 102432 ainsi que les visites et les visites majorées</p>	17.564,5
<p>2.1.2. H08/04</p> <p>Revalorisation de l'honoraire du DMG jusqu'à 25,67 euros</p>	1.134
<p>2.1.3. H08/05</p> <p>Accompagnement du médecin généraliste en ambulance</p>	45
Total honoraires des médecins généralistes	18.743,5

<p>2.2. Honoraires des médecins spécialistes</p> <p>Les mesures entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2008</p>	<p>2008</p> <p>Budget</p> <p>(milliers €)</p>
<p>2.2.1. H08/06</p> <p>Revalorisation de la consultation de base du spécialiste (102535) de 2%</p>	4.816,9
<p>2.2.2. H08/07</p> <p>Psychiatrie – Pédopsychiatrie – Revalorisation surveillance en K (codes 598861, -883, -905, -920, -942) avec 30%</p>	1.050,6
<p>2.2.3. H08/08</p> <p>Pédiatrie – Revalorisation surveillance NIC (+50 %) (codes 596223,-245,-260,-326,-341,-363)</p>	1.540,4
<p>2.2.4. H08/09</p> <p>Gynécologie – Doublement honoraire accouchement</p>	3.000
<p>2.2.5. H08/10</p> <p>Pédiatrie – Examen clinique en service N* (codes 596024, -046, -061, -120, -142, -164)</p>	1.967
<p>2.2.6. H08/11</p> <p>Psychiatrie – Revalorisation surveillance A (codes 598161, -426, -441, -463, -485) avec 10%</p>	4.634,3

Total honoraires des médecins spécialistes	17.009,2
TOTAL HONORAIRES 2008	35.752,7

3. **NOMENCLATURE 2008 (annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984)**

Projets Accord 2006–2007	2008 Budget additionnel (milliers €)
N0607/00 Restructuration et revalorisation de la médecine d'urgence	PM
N0607/10 Chirurgie oncologique – tête et cou Partim « Oncologie tête et cou » : Besoin de budget supplémentaire	630
N0607/13 Microbiologie – Nomenclaturisation « Actualisation de l'article 24 »	3.750
TOTAL	4.380

Projets Accord 2008	2008 Budget (milliers €)
--------------------------------	---

1. Projets pour les médecins généralistes	2008 Budget (milliers €)
N08/MG/00 Visite à un patient hospitalisé	105
N08/MG/01 Suppression du ticket modérateur pour la visite à un patient palliatif en MR et MRS	PM
N08/MG/02 Suture de plaies	438,7
Total nomenclature pour les médecins généralistes	543,7

2. Projets pour les médecins spécialistes	2008 Budget (milliers €)
N08/MS/00 Spécialistes – Revalorisation oncologues, hématologues, endocrinologues	5.000
N08/MS/01 Rhumatologie – Consultation soins des arthrites	2.750
N08/MS/02 Médecine interne – Nouvelle prestation première consultation « trouble shooting »	3.000
N08/MS/03 Psychiatrie – Pédopsy – Augmentation du nombre de séances évaluation psy (code 109410)	1.090
N08/MS/04 Psychiatrie – Pédopsy – Concertation pluridisciplinaire	1.874
<p data-bbox="352 1032 1206 1128">N08/MS/05 Psychiatrie – Multidisciplinaire + psychogériatrie + accueil en période de crise + SGA</p> <p data-bbox="352 1167 1206 1435">La Commission nationale médico-mutualiste charge le Conseil technique médical, pour au plus tard le 30/09/2008, de développer un ensemble de mesures concernant la psychiatrie, plus particulièrement en ce qui concerne l'accueil en période de crise, la concertation pluridisciplinaire, l'honoraire de surveillance dans le service Sp-psychogériatrique des hôpitaux généraux et catégoriels, ainsi que la rémunération pour l'encadrement médical accru dans des unités de soins intensifs pour patients au comportement fortement perturbé et/ou agressif.</p>	PM
N08/MS/06 Psychiatrie – Revalorisation surveillance Sp-psychogériatrie en HG vers niveau autres Sp en HG	55
N08/MS/07 Pédiatrie – Majoration honoraires neuro-pédiatre vers celui neurologue	234
N08/MS/08 Pédiatrie – Surveillance transfert NIC (prestation 599303 *6)	107,8
N08/MS/09 Pédiatrie – Honoraires de stabilisation lors du transfert du néo-natal sous nCPAP	141
N08/MS/10 Pédiatrie – nCPAP au sein NIC et N *	- 621, 7

N08/MS/11 Pédiatrie – Cathéter veineux profond	135
N08/MS/12 Gériatrie – Levée limitation 102233	186
N08/MS/13 Gériatrie – Consultation team via liaison auprès de patients en dehors d'une section G	989
N08/MS/14 Stomatologie – Levée de l'immunisation du premier au 5 ^e jour pour prestations ≥ K 225	420,4
N08/MS/15 Prestations spéciales générales – Thérapie de l'oxygène hyperbare Demande au KCE d'un HTA	PM
N08/MS/16 Prestations spéciales générales – Ponction lombaire	470
N08/MS/17 Prestations spéciales générales – Suture de plaies	467,8
N08/MS/18 Chirurgie – Chirurgie plastique (chirurgie reconstructive des seins)	115
N08/MS/19 Chirurgie – Sénologie (technique ganglion sentinelle)	486
N08/MS/20 Chirurgie – Chirurgie du robot	200
N08/MS/21 Chirurgie – Injection intravitréenne en cas de Age-Related Macular Degeneration (ARMD)	1.862,5
N08/MS/22 Imagerie médicale – Echo panoramique abdominale pour internistes (connex)	983
N08/MS/23 Imagerie médicale – Colono CT	502
N08/MS/24 Imagerie médicale – Coronaro CT	1.260
N08/MS/25 Imagerie médicale – Ostéodensitométrie	2.518,6
N08/MS/26 Médecine interne – Contrôle Doppler du shunt-hémodialyse	PM
N08/MS/27 Médecine interne – Echographie bronchique EBUS	293
N08/MS/28 Médecine interne – Remboursement tests par les allergologues pneumologie	1.474

N08/MS/29 Médecine interne – Mesure Ph- et impédancemétrie œsophage	190
N08/MS/30 Médecine interne – Plasmaphérèse	1.500
N08/MS/31 Biologie – Hématologie-transfusion-sérologie-immunologie	3.175
N08/MS/32 Biologie – Insémination intrautérine : exécution capacitation du sperme	1.639,2
N08/MS/33 Gynécologie – Insémination intrautérine IUI après exécution capacitation du sperme	724
N08/MS/34 Anatomopathologie – HPV cervix	1.061,7
Total nomenclature pour les médecins spécialistes	34.282,3

TOTAL NOMENCLATURE 2008	39.206
--------------------------------	---------------

4. AUTRES PROJETS

Projets	2008 Budget (milliers €)
1. Trajets de soins	PM
2. Soutien de la pratique (voir point 9)	7.113,4
3. Honoraire de disponibilité (voir point 11.1.1.)	674,9
4. Expérience disponibilité (voir point 11.1.2.)	4.000
5. Indemnité DMG pour patient palliatif	413
6. Médecine interne – Dialyse du foie via convention	100
7. Disponibilité médecins spécialistes – Extension à 10 spécialités de base	9.816,5
8. Avis médical pour patients palliatifs	180
TOTAL AUTRES PROJETS	22.297,8

5. BIOLOGIE CLINIQUE

- 5.1. La Commission nationale médico-mutualiste propose de fixer le montant du budget global des moyens financiers de la biologie clinique pour 2008 à 1.035.880 milliers d'euros.

Ne sont pas compris dans ce budget global, les articles 24bis et 33bis de la nomenclature des prestations de santé.

- 5.2. La Commission nationale médico-mutualiste recommande au Ministre des Affaires sociales de modifier la procédure prévue à l'article 59 de la loi relative à l'assurance maladie obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, afin que le Conseil général puisse procéder à la fixation des enveloppes.

6. IMAGERIE MEDICALE

- 6.1. La Commission nationale médico-mutualiste propose de fixer le montant du budget global des moyens financiers de l'imagerie médicale pour 2008 à 802.397 milliers d'euros. Ne sont pas compris dans ce budget global, les articles 17ter et 17quater de la nomenclature des prestations de santé.
- 6.2. Le budget de l'imagerie médicale qui est octroyé par admission est réparti en 2008 conformément à la décision de la CNMM du 26 novembre 2007.
- 6.3. La Commission nationale médico-mutualiste charge un groupe de travail pour, qu'en parallèle avec l'entrée en vigueur de la nomenclature coronaro et colono CT au plus tard le 30 septembre 2008 les mesures suivantes soient élaborées :
- 6.3.1. trouver des stimulants pour la responsabilisation des prescripteurs d'imagerie médicale, notamment par des initiatives concrètes en matière d'information et de communication des guidelines via un soutien informatique;
- 6.3.2. évaluer les honoraires forfaitaires au sein du secteur ambulatoire;
- 6.3.3. prévoir une méthode de financement permettant une exécution plus uniforme des prescriptions, reposant sur des paramètres objectifs et contrôlables dans le domaine de l'imagerie médicale tant pour le secteur hospitalier qu'ambulatoire.
- 6.4. La Commission nationale médico-mutualiste recommande au Ministre des Affaires sociales de modifier la procédure prévue à l'article 69 de la loi relative à l'assurance maladie obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, afin que le Conseil général puisse procéder à la fixation des enveloppes.

7. ACCREDITATION

- 7.1. La Commission nationale médico-mutualiste enjoint le CTM de se prononcer lors de l'introduction de nouvelles prestations sur la réservation ou non de ces prestations aux médecins accrédités.
- 7.2. Des programmes de formation médicale continue à distance peuvent contribuer via des techniques de formation spécifiques et innovantes à garantir un service de haute qualité.

La CNMM demande au Groupe de direction Accréditation de créer un cadre clair pour assurer un développement correct de ces programmes avec une attention continue pour le maintien de contenus formatifs indépendants.

- 7.3. La CNMM donne mission au Groupe de travail Accréditation pour prévoir au sein des conditions d'accréditation que durant le cycle de 3 ans au moins une des réunions GLEM soit consacrée, pour les disciplines concernées, à la prescription efficace de la biologie clinique, de l'imagerie médicale, de l'anatomopathologie et des médicaments.

A cet effet, l'INAMI mettra à disposition les données de profils nécessaires ainsi que des moyens pour la formation d'animateurs.

- 7.4. L'honoraire forfaitaire d'accréditation est indexé au 1^{er} janvier 2008 (556 €).

8. DOSSIER MEDICAL GLOBAL

L'honoraire pour le dossier médical global (102771 et 102793) est augmenté jusqu'à 25,67 euros à partir du 01/01/2008 (projet H08/04).

9. SOUTIEN DE LA PRATIQUE DE LA MEDECINE GENERALE

Dès 2008, une intervention annuelle visant à soutenir la pratique de la médecine générale sera accordée aux médecins généralistes agréés qui sont inscrits au service de garde organisé par le cercle agréé de médecins généralistes, et qui ont une activité d'au moins 1.250 consultations et/ou visites à domicile par an.

Il est en l'occurrence tenu compte, d'une part des données d'activité de la deuxième année précédant l'année de l'octroi – sauf pour les médecins généralistes agréés pendant les deux premières années de leur implantation – ; et d'autre part, avec la constatation que durant l'année qui précède l'année de l'octroi, des honoraires de disponibilité ont été accordés au moins une fois ou de la notification à l'Institut de l'inscription au service.

Cette intervention vient remplacer la rémunération de base, comme intervention dans les dépenses administratives liées à la gestion d'un dossier médical global.

Pour l'année 2008, l'intervention annuelle est fixée à 1.000 euros.

10. TRAJETS DE SOINS

- 10.1. La Commission nationale médico-mutualiste s'engage à ce que les trajets de soins soient rendus opérationnels pour au plus tard le 1^{er} janvier 2009 pour ce qui concerne les patients avec un diabète de type 2 et pour les patients avec une insuffisance rénale chronique. Lors de la mise en place opérationnelle, il sera tenu compte des principes suivants :
 - 10.1.1. les objectifs de traitement sont fixés sur la base de recommandations scientifiques fondées;
 - 10.1.2. les engagements du patient, du médecin généraliste et du médecin spécialiste sont fixés dans un contrat - trajets de soins conclu par les trois parties pour une période de trois ans et qui est communiqué à l'organisme assureur du patient;
 - 10.1.3. le rôle du médecin généraliste et du médecin spécialiste au sein des trajets de soins est favorisé par un honoraire forfaitaire annuel spécifique qui sert en priorité au soutien du travail en équipe, à la concertation et à la communication entre les prestataires de soins;
 - 10.1.4. le patient est encouragé par l'octroi d'un avantage lié au ticket modérateur : suppression de la quote-part personnelle auprès du médecin généraliste et réduction de celui-ci chez le médecin spécialiste; l'acceptation du trajet de soins par l'organisme assureur peut avoir comme conséquence le droit à une intervention de l'assurance maladie pour d'autres prestations.
- 10.2. La Commission nationale médico-mutualiste demande que des mesures d'accompagnement et de soutien soient élaborées pour une application optimale du système des trajets de soins :
 - 10.2.1. l'amélioration et l'extension de l'usage des applications ICT par les prestataires de soins, en particulier dans leurs communications réciproques, dans leurs relations avec les organismes assureurs et pour l'évaluation des trajets de soins, en ce compris la mise à disposition ou le développement d'une infrastructure technique sécurisée pour la communication des données et d'une structure de gestion organisationnelle de communication des données;
 - 10.2.2. la stimulation des initiatives loco-régionales favorisant la collaboration entre les prestataires de soins avec en première phase un accord de financement pour une durée déterminée;
 - 10.2.3. l'élaboration et l'intégration d'un plan de communication global relatif aux trajets de soins;

- 10.2.4. la simplification de l'accès à des soins spécifiques (par exemple l'éducation au diabète, matériel).
- 10.3 La Commission nationale médico-mutualiste procédera à une évaluation du système des trajets de soins pour les patients avec un diabète de type 2 et ceux avec une insuffisance rénale chronique.
- 10.4. La Commission nationale développera plus avant sa politique autour des trajets de soins et dans ce cadre examinera si le système peut être étendu à des patients atteints des pathologies suivantes : BPCO et asthme, défaillances cardiaques chroniques, ostéoporose, affections psychiatriques. Il sera également examiné si les trajets de soins peuvent être mis en place pour des personnes âgées vulnérables et pour les patients cancéreux. En cas de nécessité, des expériences préparatoires seront mises en place.

11. PERMANENCE ET DISPONIBILITE

11.1. Permanence, service de garde et disponibilité des médecins généralistes :

La CNMM est consciente de la nécessité de trouver un bon équilibre entre la demande sociale d'une plus grande disponibilité des médecins généralistes d'une part et les attentes des prestataires en question concernant l'exercice de leur profession d'autre part.

La CNMM estime que le développement futur de services de garde performants est à cet égard un élément essentiel. Sans préjudice de la nécessité de ce développement, il convient de prendre des mesures adéquates afin de maintenir la disponibilité médicale pour les patients et de valoriser de manière appropriée le dévouement des dispensateurs de soins.

La CNMM estime également que cette disponibilité médicale des médecins généralistes est d'autant plus indiquée si le médecin généraliste peut jouer un rôle central notamment de coordination de première ligne dans le cadre de la prise en charge des patients, ce qui est particulièrement le cas pour les patients ayant leur DMG auprès de ce généraliste.

Concrètement, les mesures suivantes sont prises à titre d'expérimentation :

- 11.1.1. élargissement des honoraires de disponibilité de 20 heures à 19 heures;
Pour les consultations faites dans ce cadre à partir de 19h jusqu'à 21 h un supplément de garde de 2 euros pourra être porté en compte et sera pris en charge par l'AMI;
- 11.1.2. parallèlement :
 - 11.1.2.1. sans préjudice de la nécessité que le dossier médical puisse être accessible et partagé dans le cadre des gardes et que celles-ci puissent être mises en place d'une part éventuellement à partir de 18h et d'autre part de manière équilibrée et générale sur l'ensemble du territoire;
 - 11.1.2.2. en vue de garantir la possibilité d'une permanence médicale du médecin généraliste au profit des patients et particulièrement pour ceux qui possèdent un DMG auprès de celui-ci, vu le rôle spécifique de coordination joué par le médecin généraliste dans ce cadre;
 - 11.1.2.3 le médecin généraliste, inscrit auprès d'un service de garde, pourra porter en compte un supplément de permanence d'un montant maximum de 2 euros, pour les consultations effectuées entre 18h et 21h;
 - 11.1.2.4. pour le patient DMG qui consulte le médecin généraliste qui a accès aux données de son DMG, le supplément de permanence peut être porté en compte mais celui-ci sera à charge de l'AMI à 100%;
- 11.1.3. des codifications provisoires dans le cadre de cette expérimentation seront élaborées par la CNMM afin d'identifier ces prestations de permanence DMG ou non ou réalisées dans le cadre du service de garde;
- 11.1.4. les mesures 1 et 2 sont mises en place d'une manière expérimentale pendant la période du 1^{er} juillet 2008 au 30 juin 2009;

- 11.1.5. dans le courant 2009, la CNMM évaluera l'effet de ces mesures à la lumière des données disponibles. Cette évaluation passera en revue différents éléments : spécificités de la pratique, répartition géographique, caractéristiques des patients, quote-part relative des prestations en soirée pendant les gardes et en dehors de celles-ci, quote-part relative des prestations de jour, de soirée et de nuit, ...
Sur la base de cette évaluation, la CNMM décidera d'orientations futures;
- 11.1.6. afin de permettre une bonne communication entre le service de garde organisé par les cercles de médecins généralistes et les permanences visées par le point 11.1.2.2., le médecin généraliste s'engage à communiquer à son cercle de médecins généralistes ses permanences entre 18 et 21h. Les cercles sont chargés d'en assurer la communication adéquate auprès de la population et aux organismes assureurs;
- 11.1.7. les heures de permanence visées au point 11.1.2.3. ne peuvent pas entrer en ligne de compte dans le cadre du conventionnement partiel;
- 11.1.8. les organismes assureurs s'engagent à informer leurs affiliés sur les objectifs et les modalités de l'expérimentation.
- 11.2. Permanence et disponibilité des médecins spécialistes :
- Les mesures en matière d'honoraires de disponibilité des médecins spécialistes, telles qu'approuvées par le Comité de l'assurance du 19 mars 2007, seront étendues à tous les médecins spécialistes visés à l'article 10 de l'AR du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction « soins urgents spécialisés » doit répondre pour être agréée.

12. QUALITE, INFORMATION, PROFILS

Les partenaires marquent leur accord pour que les commissions de profils compétentes pour les médecins généralistes ainsi que pour les médecins spécialistes, via une communication et une information de haute qualité, :

- 12.1. développent les feedbacks en collaboration avec les structures et avec des groupes de professionnels concernés comme par exemple avec les Glems, les comités paritaires, les organisations scientifiques, les collèges, de manière à ce que l'information délivrée concorde avec les attentes des médecins.
Le Service proposera aux commissions de profils ou rédigera à leur demande un plan de travail conjointement avec une méthode d'analyse reposant sur le rapprochement de bases de données et sur la participation des médecins de la discipline étudiée;
- 12.2. établissent avec les structures existantes (conseil technique, groupe de direction de l'accréditation, CNPQ-NRKP, Comité d'évaluation des pratiques médicales en matière de médicaments...) des relations spécifiques visant à coordonner l'information et les actions vers les professionnels au sein d'un programme cohérent.

13. SIMPLIFICATION ADMINISTRATIVE

La Commission nationale médico-mutualiste s'engage à prendre pour le 30 juin 2008 au plus tard, au moins les mesures concrètes relatives à la simplification administrative suivantes :

- 13.1. concrétiser les conclusions de la plate-forme de concertation CNMM-Commission de remboursement des Médicaments, en particulier :
- 13.1.1. élargir la disposition « extension de validité » des autorisations « d » et « b » à toutes les spécialités inscrites dans un même § du chapitre IV, même si elles ont des principes actifs différents et regrouper dans des mêmes paragraphes les différentes spécialités qui sont remboursables pour des mêmes indications (maladie de Parkinson, épilepsie, ...);
- 13.1.2. introduire une procédure de prolongation automatique des autorisations de modèle « d », puisque une autorisation de modèle « d » concerne par nature le traitement d'une affection chronique et que le seul critère nécessaire pour autoriser son renouvellement

est la volonté manifestée par le médecin-traitant de prolonger son utilisation;

- 13.1.3. développer un projet qui permettrait l'introduction en ligne par les médecins des formulaires standardisés officiels avec, comme projet pilote 2008, l'introduction en ligne par les rhumatologues des demandes de remboursement des anti-TNF;
- 13.1.4. Les pratiques de groupe, visées à l'arrêté royal du 3 mai 1999 relatif aux pratiques de groupe des médecins généralistes, peuvent s'enregistrer à l'INAMI, pour que, sans mention supplémentaire sur l'attestation de soins donnés (marque « G »), l'avantage du ticket modérateur pour le patient puisse être octroyé;
- 13.1.5. Simplification nomenclature médecins généralistes – article 2 – basée sur les propositions du Conseil technique médical;
- 13.1.6. Médication chronique : dans le cadre de la plate-forme CRM/CNMM, il sera analysé une extension du principe du multiplicateur en vue d'une simplification de la prescription de la médication pour maladies chroniques.

14. INFORMATISATION

La CNMM souhaite être activement impliquée dans BeHealth et dans les projets relatifs à la prescription électronique de médicaments ainsi que dans l'enregistrement des données médicales. Elle invite le Conseil technique médical à adapté la nomenclature pour rendre possible la prescription ou l'attestation de prestations médicales par voie électronique.

- 14.1. Visant entre autres la promotion de la simplification administrative et l'amélioration de l'accès aux soins, les parties s'engagent à développer par étapes un système de :
 - 14.1.1. communication électronique sécurisée de données ou de documents réglementaires socio-administratifs et médicaux exigés entre les médecins et les (médecins-conseils des) organismes assureurs;
 - 14.1.2. facturation électronique des prestations ambulatoires en application du régime du tiers payant. De plus, la possibilité sera examinée pour permettre l'application du régime du tiers payant via la facturation électronique pour les prestations qui en sont actuellement exclues.
- 14.2. La CNMM enjoint le Conseil technique médical d'étudier la possibilité d'une participation par voie électronique du médecin généraliste dans la Consultation Oncologique Multidisciplinaire avec comme objectif une application à partir de 2009.

15. STATUT SOCIAL

- 15.1. En vue de stimuler le caractère attractif de l'adhésion à l'accord, la Commission nationale médico-mutualiste formule l'avis selon lequel :
 - 15.1.1. le montant du statut social pour l'année 2008 est fixé à 3.595,10 euros pour les médecins qui sont réputés de plein droit avoir adhéré au présent accord pour leur activité professionnelle complète;
 - 15.1.2. le montant du statut social pour l'année 2008 est fixé à 1.935,13 euros pour les médecins qui ont, dans les trente jours qui suivent la publication de cet accord au Moniteur belge, communiqué à la Commission nationale médico-mutualiste 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 :
 - 15.1.2.1. pour les médecins généralistes :
 - 15.1.2.1.1. ou bien des consultations au cabinet représentant au moins dix heures par semaine, réparties sur trois jours au moins;

- 15.1.2.1.2. ou bien des consultations au cabinet représentant au moins les trois-quarts de l'activité professionnelle hebdomadaire;
- 15.1.2.2. pour les médecins spécialistes exerçant leur activité professionnelle en tout ou en partie en milieu hospitalier :
 - 15.1.2.2.1. ou bien vingt-cinq heures par semaine au moins;
 - 15.1.2.2.2. ou bien les trois-quarts de l'activité professionnelle;
- 15.1.2.3. pour les médecins spécialistes exerçant leur activité professionnelle exclusivement en dehors du milieu hospitalier :
 - 15.1.2.3.1. ou bien des consultations au cabinet représentant au moins vingt heures par semaine;
 - 15.1.2.3.2. ou bien des consultations au cabinet représentant au moins les trois-quarts de l'activité professionnelle.
- 15.2. La CNMM propose que l'octroi d'une intervention de l'INAMI soit lié à une activité minimum déterminée.

La CNMM se prononcera, sur base d'une analyse des prestations et des données de prescription du médecin, nonobstant son statut.
- 15.3. La CNMM propose à l'autorité de tutelle de compléter l'article 54 de la loi SSI par une disposition autorisant le Roi à récupérer une intervention INAMI auprès des médecins qui ne respectent pas les termes de l'accord.

16. TIERS-PAYANT

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.

17. MESURES DE CORRECTION

Le présent accord est censé contenir les clauses prévues à l'article 51, § 2, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et contient les mécanismes de correction suivants :

- 17.1. transfert proportionnel et sélectif d'honoraires payés à l'acte dans des honoraires forfaitaires;
- 17.2. renforcement de la prise de conscience du prescripteur en vue d'un comportement mieux ciblé en matière de prescription;
- 17.3. 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;
- 17.4. 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;
- 17.5. et/ou diminution proportionnelle et sélective des honoraires de certaines prestations diagnostiques qui seront précisées par la Commission nationale médico-mutualiste au moment où il est nécessaire de prendre des mesures de correction.

Pour ce qui concerne les mesures d'économies prévues aux articles 18 et 40, § 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, et conformément à l'esprit de la loi, les dispositions de l'article 51, § 2, de ladite loi ne peuvent être appliquées que si un dialogue et une concertation ont eu lieu au préalable entre le Ministre et la Commission nationale médico-mutualiste.

18. RECOMMANDATIONS A L'AUTORITE

- 18.1. Les parties sont d'accord d'insister auprès des autorités pour organiser avec la CNMM une concertation au sujet de toute modification envisagée pour les suppléments d'honoraires dans les hôpitaux afin d'accroître la sécurité juridique et la transparence tant pour les patients que pour les prestataires. En plus, la CNMM est partisante que cette matière soit réglée via la loi AMI.
- Par ailleurs, une analyse des factures hospitalières fera également l'objet d'une nouvelle concertation entre les partenaires de la CNMM.
- Elles prennent connaissance de l'intention du ministre des Affaires sociales de prendre des initiatives visant à confirmer légalement l'AR du 19 mars 2007.
- 18.2. Les parties souhaitent, outre la simplification administrative nécessaire concernant entre autre l'asthme / la BPCO, qu'une proposition concernant l'adaptation de la réglementation sur les médicaments, chapitre II soit également exécutée, sur base des principes suivants :
- 18.2.1. indication classes : il est suggéré de recueillir l'avis de la CNMM lorsque le ministre prend l'initiative d'insérer des médicaments dans le chapitre II;
- 18.2.2. recommandations : les recommandations seraient élaborées sur proposition d'un groupe de travail tripartite de la CRM (dispensateurs, scientifiques – académiciens et représentants des associations scientifiques – et organismes assureurs). Sauf en cas d'avis négatif unanime et motivé des représentants d'une des trois parties concernées, les propositions élaborées par ce groupe de travail seront transmises à la CRM. La CRM pourra soit marquer son accord conformément à la proposition élaborée soit décider de son rejet pur et simple;
- 18.2.3. contrôle : ne sera opéré qu'à l'égard des prescripteurs dépassant les indicateurs et les seuils (*outliers*) déterminés conformément à l'article 73, § 2, alinéa 2, de la loi SSI coordonnée, soit actuellement par le Comité d'évaluation des pratiques médicales en matière de médicaments. Le contrôle des éléments dont le dispensateur de soins doit disposer afin de permettre de vérifier si les spécialités pharmaceutiques délivrées ont été prescrites conformément aux recommandations est axé sur les éléments conservés obligatoirement pendant la période de mise sous monitoring visé à l'article 146bis de la loi SSI coordonnée.
- 18.3. Postes de garde de médecine générale :
- Deux mécanismes de financement via l'assurance obligatoire soins de santé sont actuellement prévus pour les postes de garde de médecine générale.
- La CNMM participera à l'évaluation des expériences et proposera dans le cadre d'un prochain accord les initiatives adéquates.
- 18.4. Visant entre autres la promotion de la communication entre médecins, généralistes et spécialistes, la CNMM demande à l'Autorité de tutelle de créer un cadre au sein duquel des réseaux de communications peuvent être développés et une solution technique réalisée pour les généralistes et les spécialistes pour communiquer entre eux de manière sécurisée.
- 18.5. La CNMM recommande à l'Autorité de tutelle de placer les moyens financiers pour les interventions forfaitaires de dialyse dans les honoraires des médecins.
- 18.6. La CNMM souhaite collaborer aux initiatives qui procureront une meilleure accessibilité aux défavorisés via l'adaptation du régime du tiers payant.
- 18.7. La CNMM recommande à l'Autorité de tutelle d'abroger l'article 37bis, § 1bis, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 concernant l'équivalence du montant de la quote-part personnelle de l'assuré dans les prestations effectuées par des médecins accrédités et des médecins non accrédités.
- 18.8. La CNMM recommande à l'Autorité de tutelle de prévoir une indexation pour l'indemnité

informatique.

19. CONCERTATION

- 19.1. Si l'on veut parvenir à une approche plus qualitative, en matière de consommation de médicaments, de soins palliatifs, de démence et de dépression, de rééducation, de planification et de coordination de soins (en collaboration avec les autres dispensateurs de soins dans le réseau), d'hygiène et de prévention, dans les soins dispensés aux patients séjournant en maisons de repos pour personnes âgées, en maisons de repos et de soins, en centres de court séjour, en centres de soins de jour, le médecin coordinateur et conseiller doivent remplir un rôle essentiel. En concertation avec les commissions de conventions concernées, le SPF Santé publique et les Communautés/Régions, la CNMM prend l'engagement de développer ce rôle, de le définir avec une attention particulière pour plus de concertation avec les médecins généralistes qui traitent les résidents..
- 19.2. La Commission nationale médico-mutualiste entend participer au lancement d'une concertation médico-pharmaceutique, qui permettrait de stimuler une prescription et une utilisation plus efficiente des médicaments et une meilleure compliance thérapeutique ainsi que la mise sur pied d'une meilleure gestion de risques de façon à obtenir un résultat thérapeutique plus optimal. Pour y arriver, une représentation équitable de toutes les parties est primordiale.
- 19.3. Les partenaires de la Commission nationale médico-mutualiste, en vue de formuler des propositions au Comité de l'assurance dans le cadre du budget 2009, se concerteront sur base régulière.
- 19.4. La Commission nationale médico-mutualiste évaluera l'impact et les critères d'octroi d'Impulseo I.

20. CONDITIONS D'APPLICATION DE L'ACCORD

- 20.1. 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.
- 20.2. Médecins de médecine générale.
- 20.2.1. 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 :
- 20.2.2. les consultations réalisées à la demande expresse du patient en dehors des heures normales d'activité telles que visées au sein de cet accord, en dehors des heures durant lesquelles le médecin organise des consultations libres ou sur rendez-vous en dehors du cadre du service organisé;
- 20.2.3. les visites non urgentes effectuées à la demande du malade en dehors des heures ou du programme de la tournée normale du médecin;
- 20.2.4. les appels de malades entraînant pour le médecin un déplacement d'une importance inhabituelle;
- 20.2.5. 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;

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.

20.3. 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 :

20.3.1. 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;

20.3.2. 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 :

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

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

20.3.2.3. 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.

20.4. 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 59.835,08 € par ménage, augmentés de 1.993,78 € par personne à charge, lorsqu'il n'y a qu'un seul titulaire;

Soit 39.889,62 € par titulaire, augmentés de 1.993,78 € par personne à charge, lorsqu'il y a plusieurs titulaires.

20.5. En vue de donner aux médecins et aux patients, entre autres, une meilleure idée de leurs droits et obligations réciproques et de garantir leur sécurité juridique, les parties sont d'accord sur les points suivants :

20.5.1. 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 ;

20.5.2. 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 ;

20.5.3. l'adhésion partielle concerne tant des consultations que des prestations techniques.

Les contestations concernant le point 20 feront l'objet d'un arbitrage par un collège paritaire composé par la Commission nationale médico-mutualiste et présidé par un fonctionnaire de l'INAMI.

21. CONCILIATION DE CONTESTATIONS DUREE DE L'ACCORD

La Commission nationale médico-mutualiste est compétente pour concilier 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 après avoir pris l'avis du Conseil technique médical.

22. DUREE DE L'ACCORD

22.1. Le présent accord est conclu pour une période d'un an (soit du 1^{er} janvier 2008 au 31 décembre 2008).

22.2. L'accord peut être dénoncé, par lettre motivée recommandée à la poste, adressée au Président de la Commission nationale médico-mutualiste :

22.2.1. par une des parties :

22.2.1.1. 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 ou dans les 30 jours après que le Ministre ou le Conseil général ait pris unilatéralement, sur base de l'article 18 de ladite loi coordonnée, des mesures qui modifient les honoraires ou la nomenclature des prestations de santé.

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.

22.2.1.2. Les dispositions du présent accord s'appliquent à toutes les prestations qui sont reprises à la nomenclature des prestations de santé le 31 décembre 2007. Si la nomenclature ainsi décrite ou les honoraires sont modifiés unilatéralement par l'Autorité en 2008, l'accord n'est plus d'application pour les dispositions modifiées de la nomenclature ou des honoraires à partir de la date d'entrée en vigueur de cette modification, sauf si cette modification a obtenu l'approbation de la Commission nationale médico-mutualiste.

22.2.1.3. À partir du 22 septembre 2008, en cas de non-ratification des dispositions visées au point 18.1.

22.2.1.4. Dans les trente jours qui suivent la publication au Moniteur belge des mesures légales ou réglementaires modifiant unilatéralement les dispositions en vigueur relatives aux suppléments d'honoraires.

22.2.1.5. A partir du 30 septembre 2008, en cas de non-publication des dispositions visées au point 18.2.

22.2.1.6. Une partie est valablement représentée lorsqu'elle réunit au moins 7 des membres qui la représentent à la Commission nationale médico-mutualiste.

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

22.2.2. par un médecin :

22.2.2.1. 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 ou dans les 30 jours après que le Ministre ou le Conseil général ait pris unilatéralement, sur base de l'article 18 de ladite loi coordonnée, des mesures qui modifient les honoraires ou la nomenclature des prestations

de santé.

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.

- 22.2.2.2. Les dispositions du présent accord s'appliquent à toutes les prestations qui sont reprises à la nomenclature des prestations de santé le 31 décembre 2007. Si la nomenclature ainsi décrite ou les honoraires sont modifiés unilatéralement par l'Autorité en 2008, l'accord n'est plus d'application pour les dispositions modifiées de la nomenclature ou des honoraires à partir de la date d'entrée en vigueur de cette modification, sauf si cette modification a obtenu l'approbation de la Commission nationale médico-mutualiste.
- 22.2.2.3 À partir du 22 septembre 2008, en cas de non-ratification des dispositions visées au point 18.1.
- 22.2.2.4. Dans les trente jours qui suivent la publication au Moniteur belge des mesures légales ou réglementaires modifiant unilatéralement les dispositions en vigueur relatives aux suppléments d'honoraires.
- 22.2.2.5. A partir du 30 septembre 2008, en cas de non-publication des dispositions visées au point 18.2.

23. FORMALITES

- 23.1. 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 20 décembre 2007.

Date :

Signature :

- 23.2. Les médecins, autres que ceux qui ont notifié, conformément aux dispositions prévues sous 23.1., leur refus d'adhésion aux termes de l'accord conclu le XX décembre 2007 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 :

- 23.2.1. ils appliqueront les montants d'honoraires qui y sont fixés;
- 23.2.2. 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 23.1.. 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 20 décembre 2007, 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 20 décembre 2007, 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	Lieu	Heures
.....
.....

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

Jours	Lieu	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 :

23.3. Tous changements ultérieurs des conditions de temps et de lieu dans lesquelles, conformément aux clauses de l'accord, les médecins visés sous 23.2. 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.

23.4. 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 20 décembre 2007

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