
Le Médecin Spécialiste

Organe du Groupement des Unions
Professionnelles Belges
de Médecins Spécialistes

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

ISSN 0770-8181 - MENSUEL

N° 10/ DECEMBRE 2000

Bureau de dépôt : Bruxelles 5

***Le GBS vous souhaite à vous ainsi qu'à votre famille
de bonnes fêtes de fin d'année
et vous présente ses meilleurs voeux de bonheur et de réussite pour 2001.***

L'ACCORD MÉDICO-MUTUALISTE DU 18 DECEMBRE 2000

Nous reprenons ci-après le texte intégral de l'accord médico-mutualiste tel qu'il a été conclu le 18 décembre dernier. Nous vous conseillons de le lire attentivement. A l'heure où nous écrivons ces lignes, cet accord doit encore être ratifié par les diverses instances de l'INAMI. Théoriquement, très théoriquement, puisque le texte se trouve déjà en version officielle sur le site Internet du Ministre de tutelle, M. Frank VANDENBROUCKE. Celui-ci a, par ailleurs, marqué son approbation à l'accord le 19.12.00 lors d'une conférence de presse durant laquelle il a également annoncé son intention de modifier la loi Vermassen-Lenssens (art 50bis de la loi coördonnée du 14.07.1994).'

Cet accord prévoit une indexation linéaire des honoraires de 1,53% et une série d'adaptations de valeurs de lettre-clé, p. ex. les actes intellectuels d'hospitalisation notamment en psychiatrie (+225 millions) et en gériatrie (+75 millions), la lettre-clé pour les accouchements (+124 millions). Par ailleurs, une série d'améliorations de la nomenclature y sont énoncées, notamment en ophtalmologie, en pédiatrie, dont certaines prestations techniques effectuées pour des enfants de moins de 7 ans.

Malheureusement l'accord fait également référence à des mesures d'économie et à des suppressions particulièrement douloureuses pour certaines spécialités (médecine physique, cardiologie), imposées par le ministre, sans tenir compte dans la moindre mesure des protestations ni des secteurs concernés, ni même du Conseil Technique Médical de l'INAMI, ni de la Médico-mutualiste elle-même. Et ce, sans la moindre prise en considération ni de l'effet que cela pourra produire sur le fragile équilibre de la pratique quotidienne, ni de la perte abrupte des investissements faits par les praticiens :

- suppression du vectocardiogramme et du phonocardiogramme;
- suppression pure et simple des actes d'électrothérapie, à l'exception des ultrasons pour la médecine physique;
- diminution de 10 % de la valeur relative des certaines prestations de chirurgie thoracique;
- diminution de la valeur relative de plusieurs prestations de la gastro-entérologie, sans compensation pour les dépenses supplémentaires engendrées par la stérilisation du matériel endoscopique.

Ces mesures font l'objet d'un arrêté royal que le ministre a déjà soumis à la signature royale et dont la date de publication, encore inconnue, est attendue prochainement. L'entrée en vigueur est normalement prévue pour le premier jour du deuxième mois qui suit la date de publication. Une seule chose est certaine : elles feront partie, à brève échéance, du contexte dans lequel le médecin devra définir sa position quant à l'engagement. Question difficile !

S'engager ou non ?

Les prestations supprimées tombent « hors nomenclature » et ne sont plus attestables dans le cadre de l'INAMI. Elles sont donc effectuées à charge du patient.

En outre, pour toutes les disciplines, les tarifs sont en quelque sorte flottants, c.à.d. à correction automatique (éventuelle) en cas de risque de dépassement budgétaire. Ces adaptations imprévisibles qui découlent du nouveau cadre légal créé par le législateur, sont donc opposables au médecin engagé.

En fait, seuls les arrêtés de nomenclature pris contre l'avis des instances techniques de l'INAMI, permettent de résilier l'engagement en cours, dans les 30 jours de la date de publication au Moniteur. Cette dénonciation pourra être limitée à certaines prestations ou groupes de prestations. Ne connaissant pas, actuellement, les dates de publication des mesures d'économies susmentionnées, il est préférable, pour les praticiens des spécialités concernées, de prendre d'emblée leur décision sans trop tenir compte de cette voie de sortie éventuelle.

L'accord est conclu pour deux ans et court jusqu'au 31.12.2002. Le médecin conventionné aura la possibilité de dénoncer l'accord, avec effet au 01.01.2002, moyennant lettre recommandée adressée à l'INAMI avant le 15.12.2001. Ne sachant pas où on va, il vaut mieux inscrire cette date dès à présent dans votre agenda.

Engagement « complet » ou « partiel » ? Statut social à 150% ou 100% ?

Le médecin engagé pour son activité professionnelle complète pourra bénéficier d'un statut social pour 2001, fixé à 150% du montant du statut social "classique (montant 1996 + indice-santé), soit ± 103.000 FB.

Le médecin engagé «partiellement » quant à lui aura droit à 100% du montant du statut social "classique" (montant 1996 +indice-santé), soit ± 68.000 FB.

L'engagement « partiel » du médecin hospitalier porte soit sur au moins 25 heures par semaine (36 heures antérieurement), soit sur les trois quarts de l'activité professionnelle. Pour le médecin extra-hospitalier, l'engagement « partiel » porte soit sur 20 heures de consultations au cabinet par semaine (antérieurement 30 heures), soit les trois quarts de l'activité professionnelle.

Enfin, une série de mesures sont envisagées en matière de suppléments d'honoraires d'une part et de plafonds de rémunération pour pouvoir bénéficier des tarifs de la convention dans le chef du bénéficiaire de l'assurance-maladie d'autre part.

Nous rappelons que l'accord doit encore être publié au Moniteur. Le délai de 30 jours pour l'envoi des lettres recommandées de déconventionnement ou d'engagement « partiel » ne commence à courir qu'à partir de cette date inconnue. Nos services sont à votre disposition pour tous renseignements complémentaires. Les modèles de lettres recommandées vous seront adressés sur simple demande. Vous pouvez également les télécharger au départ de notre site Internet.

COMMISSION NATIONALE MEDICO-MUTUALISTE

----- ACCORD NATIONAL MEDICO-MUTUALISTE DU 18 DECEMBRE 2000

En sa réunion du 18 décembre 2000 la Commission nationale médico-mutualiste a conclu l'accord suivant, pour une durée de 2 ans. Conformément à l'article 22 de loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, ce document doit être examiné et approuvé par la Commission contrôle budgétaire, le Comité de l'assurance et le Conseil général de l'INAMI. Cette procédure ne sera terminée que le 8 janvier 2001.

Ensuite, l'accord est soumis pour approbation définitive au Ministre. Le texte est alors publié au Moniteur belge et transmis à chaque médecin. Moyennant cette réserve, mais avec l'approbation de l'autorité de tutelle, voici le projet de texte en question.

La Commission nationale médico-mutualiste (CNMM) réunie le 18 décembre 2000 sous la présidence de Monsieur G. PERL, a conclu l'accord suivant pour une période de deux ans :

A. ACCREDITATION

Le présent accord se réfère pour ce point à l'accord national médico-mutualiste du 17 février 1997 (Moniteur belge du 27 mars 1997).

Sur base de l'évaluation qui a été faite par le Conseil technique de l'accréditation des cinq premières années de l'accréditation, la CNMM examinera dans le courant du premier semestre de l'année 2001 de quelle façon le système de l'accréditation peut être optimisé, en particulier en ce qui concerne:

- le fonctionnement administratif du système, sa simplification et son informatisation;
- le financement du fonctionnement des GLEM;
- la valorisation par les organes d'accréditation des activités des GLEM;
- l'uniformisation et l'amélioration du fonctionnement des comités paritaires;
- la mise en adéquation de l'action du Conseil national de la promotion de la qualité avec le système de l'accréditation.

B. HONORAIRES ET FRAIS DE DEPLACEMENT

I. Honoraires

1. Les valeurs des lettres-clés des honoraires tels qu'elles étaient fixées au 31 décembre 2000 sont indexées de façon linéaire de 1,53 %. Toutefois:

a) la valeur de la lettre-clé B des honoraires pour les examens génétiques visés à l'article 33 de la nomenclature des prestations de santé n'est pas indexée et les dépenses totales annuelles sont en 2001 limitées à 1.040,4 millions de BEF [Economie : 74 millions de BEF] ⁽¹⁾ (Cf. point C.2);

b) la valeur de la lettre-clé N des honoraires pour la prestation n° 442971 - 442982 (PET-scan) n'est pas indexée et en outre est diminuée de 76,92 % au 1^{er} juillet 2001 [Economie : 39,2 millions de BEF];

Les 113,2 millions de BEF ainsi dégagés en 1.a) et 1.b) sont affectés à la revalorisation des visites (cf 1. f)).

c) 1. la valeur de la lettre-clé C des honoraires des médecins spécialistes en neuropsychiatrie ou en psychiatrie pour la surveillance d'un bénéficiaire hospitalisé dans un service A, du sixième jour jusqu'à la fin du sixième mois d'hospitalisation (n° s de codes 598441, 598463, 598485) est majorée de 20,67 % supplémentaires [Coût : 137 millions de BEF];

c) 2. la valeur de lettre-clé C des honoraires des médecins spécialistes en neuropsychiatrie ou en psychiatrie pour la surveillance d'un bénéficiaire hospitalisé dans un service T, du sixième jour jusqu'à la fin du douzième mois d'hospitalisation (n° s de codes 598544, 598566, 598662) est majorée de 45 % supplémentaires [Coût : 80 millions de BEF];

c) 3. la valeur de la lettre-clé C des honoraires des médecins spécialistes en neuropsychiatrie ou en psychiatrie pour la surveillance d'un bénéficiaire hospitalisé dans un service K, du sixième jour jusqu'à la fin du sixième mois d'hospitalisation (n° s de codes 598905, 598920, 598942) est majorée de 17, 82 % supplémentaires [Coût : 8 millions de BEF];

d) 1. la valeur de la lettre-clé C des honoraires des médecins spécialistes en médecine interne, accrédités ou non, pour la surveillance d'un bénéficiaire hospitalisé en service G, les cinq premiers jours (n° s de codes 598286, 599126) est majorée de 10 % supplémentaires [Coût : 26 millions de BEF];

d) 2. la valeur de la lettre-clé C des honoraires des médecins spécialistes en médecine interne, pour la surveillance d'un bénéficiaire hospitalisé en service G, à partir du sixième jour (n° s de codes 599141, 599163) est majorée de 16,42 % supplémentaires [Coût : 49 millions de BEF];

e) en ce qui concerne les honoraires de biologie clinique, la masse d'indexation globale (449,9 millions de BEF) est attribuée en indexant linéairement de 3,78 % les lettres-clés B et F;

f) les valeurs de la lettre-clé E (les honoraires afférents aux frais de déplacement) des honoraires de tous les médecins généralistes pour toutes les visites sont majorées de 22,02 % supplémentaires [Coût : 506 millions de BEF];

g) la valeur de la lettre-clé K des honoraires pour les accouchements (n° s de codes 423010 - 423021, 424012 - 424023) est majorée de 18,10 % supplémentaires [Coût : 124 millions de BEF].

2. Les honoraires forfaitaires annuels pour les médecins accrédités sont fixés pour 2001 à 20.306 BEF et seront indexés en 2002.

3. Dans le cadre des limites légales, les honoraires pour l'année 2002 sont adaptés à l'évolution de la valeur de l'indice santé conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 8 décembre 1997 fixant les modalités d'application pour l'indexation des prestations dans le régime de l'assurance obligatoire soins de santé. La CNMM négocie avant le 1^{er} décembre 2001 l'affectation du produit de cette indexation.

II. Frais de déplacement

Les honoraires du médecin spécialiste appelé en consultation au domicile du malade par le médecin traitant de ce dernier sont augmentés d'une indemnité fixée à 21,26 BEF par kilomètre parcouru à l'aller et au retour.

III. Moyens supplémentaires pour 2002

L'objectif budgétaire partiel pour l'année 2002 qui correspond aux moyens financiers nécessaires au cours de cette année-là pour payer les honoraires indexés, est majoré d'un montant de 1.540 millions de BEF (38.176 milliers d'Euro), réparti comme suit:

- extension du dossier médical global: 400 millions de BEF (9.916 milliers d'Euro)
- revalorisation de l'acte intellectuel: 625 millions de BEF (15.493 milliers d'Euro)
- exécution de l'accord précédent: 325 millions de BEF (8.057 milliers d'Euro)
- télématique et dossier médical électronique: 190 millions de BEF (4.710 milliers d'Euro)

La CNMM négociera avant le 1^{er} décembre 2001 l'utilisation de ces montants ainsi que la réalisation des mesures de telle sorte que l'ordre de grandeur des montants précités soit respecté, mais où la partie des moyens budgétaires prévus en 2001 pour l'extension du dossier médical global, mais utilisée pour la revalorisation des actes intellectuels, glisse en 2002 dans le sens inverse.

C. NOMENCLATURE DES PRESTATIONS DE SANTE

La nomenclature des prestations de santé à laquelle il est fait référence dans cet accord est celle qui était en vigueur au 31 décembre 2000.

1. Cette nomenclature sera adaptée conformément aux propositions formulées par le Conseil technique médical (CTM) en date du 24 octobre 2000:

- en vue d'une modification de l'article 14 h), § 1^{er}, II, 2° de la nomenclature des prestations de santé introduisant en ophtalmologie une nouvelle prestation (biométrie) [Coût : 165 millions de BEF];

- en vue d'une modification de l'article 20, d) de la nomenclature susvisée visant pour la pédiatrie à modifier le libellé de la prestation 474515 - 474526 [Coût : 30 millions de BEF];

- en vue d'une modification de l'article 25 § 1^{er} de la nomenclature susvisée visant à introduire de nouvelles prestations concernant la surveillance pédiatrique en service n [Coût : 35 millions de BEF], la surveillance pédiatrique en service N [Coût : 20 millions de BEF], la pédiatrie de liaison [Coût : 30 millions de BEF];

- en vue d'une modification des articles 11, 13, § 2, 2° , 20 b), c), d), e) et f) visant à majorer de 13 % les valeurs relatives de certaines prestations techniques effectuées chez les enfants de moins de 7 ans [Coût : 46 millions de BEF];

- en vue de la suppression de la prestation 475311 - 475322 (vectocardiogramme).

2. L'article 33 de la nomenclature (génétique) sera adapté de façon à ce que le montant de 1.040,4 millions de BEF prévu pour 2001 puisse être respecté.

3. Une enveloppe de 65 millions de BEF est réservée aux propositions de modification de la nomenclature que la CNMM décidera de transmettre au Comité de l'assurance après avoir examiné les propositions qui seront formulées pour le 1^{er} mars 2001 par le CTM et visant à corriger les anomalies tarifaires des visites à deux bénéficiaires ou plus.

4. La nomenclature sera aussi adaptée suite aux propositions que le CTM formulera avant le 1^{er} mai 2001 pour concrétiser le point H.I, 2,b) «DOSSIER MEDICAL GLOBAL» [Coût : 250 millions de BEF].

5. Le CNMM apporte son appui unanime au projet d'arrêté royal modifiant la nomenclature de radiothérapie tel que le Comité de l'assurance a décidé, en date du 19 juin 2000, de le transmettre au Ministre des Affaires sociales et des Pensions, dans un cadre budgétaire de 700 millions de BEF (dont 100 millions de BEF pour les consultations oncologiques multidisciplinaires). La nomenclature d'application en 2001 est celle qui était en vigueur au 31 décembre 2000 jusqu'à la date où l'arrêté royal susmentionné entrera en vigueur et où les moyens budgétaires nécessaires à celui-ci seront disponibles.

6. Aucune modification de l'arrêté royal établissant la nomenclature des prestations de santé, en dehors de celles qui résultent des propositions visées aux alinéas précédents, des mesures de correction visées sous le point E, 2 et 3, des propositions du CTM qui seront formulées sur base du point N et des propositions que le Comité de l'assurance a décidé de transmettre au Ministre le 29 mai 2000 (*) et des autres propositions mentionnées en annexe (**), n'est opposable au médecin jusqu'à la fin de l'année au cours de laquelle il a accepté les termes de l'accord.

En l'absence de manifestation contraire de la volonté du médecin dans les trente jours qui suivent la publication d'une telle modification, celle-ci est toutefois considérée comme incluse dans les termes du présent accord.

(*) Comité de l'assurance du 29 mai 2000:

1) un projet d'A.R. adaptant la nomenclature de médecine générale en fonction des nouvelles dispositions concernant l'agrément des médecins généralistes;

2) un projet d'A.R. adaptant la nomenclature de biologie clinique (reformulation plus correcte des libellés actuels, révision des règles diagnostiques et des règles de cumul, adaptation de la règle concernant l'examen cytopathologique préventif);

3) un projet d'A.R. reprenant les frais d'inscription à Eurotransplant dans la prestation 318253 - 318264 (honoraires forfaitaires pour supervision médicale de la préparation et de l'organisation d'une transplantation d'organes) et revalorisant le montant du remboursement de la prestation;

4) un projet d'A.R. scindant les prestations d'échographie selon qu'elles sont effectuées par un radiologue ou un connexiste et introduisant l'échographie de stress;

5) un projet d'A.R. en matière de chirurgie (greffe d'intestins, scission de la prestation relative à la mise en place d'implants ostéo-intégrables, prestation pour réduction du volume pulmonaire, etc....);

6) un projet d'A.R. introduisant en one day une consultation pré-opératoire pour l'anesthésiste et des prestations pour le contrôle de la douleur aiguë post-opératoire après intervention sous anesthésie générale et pour la douleur chronique;

(**) En ce compris une proposition de modification de la nomenclature du CTM par laquelle une augmentation du remboursement des prestations d'endoscopies en gastro-entérologie, pneumologie, urologie, ORL et gynécologie est prévue pour la désinfection des endoscopes.

En ce compris une révision par le Conseil technique médical des honoraires pour les prestations 475554 - 475565 et 475576 - 475580 (phonocardiogramme) (Economie : 84 millions de BEF).

D. REGIME DU TIERS PAYANT

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

2. La CNMM donne comme avis au Ministre des Affaires sociales et des Pensions de modifier en 2001 l'arrêté royal du 10 octobre 1986 portant exécution de l'article 53, alinéa 8, de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, de façon que le régime du tiers payant puisse être appliqué pour les prestations avec les n^o s de codes 102410, 102432, 104230, 104252 et 104274.

E. MESURES DE CORRECTION

1. L'objectif budgétaire partiel fixé par le Comité de l'assurance pour 2001 s'élève à 171.057,1 millions de BEF.

Ce montant est subdivisé en rubriques permettant une évaluation distincte:

OBJECTIF 2001

Libellé	Base	Gouvernement	TOTAL
Biologie clinique	29.857,6		29.857,6
Imagerie médicale	28.255,7	540,0	28.795,7
Consultations visites : généralistes et spécialistes	39.243,2	918,5	40.161,7
Prestations spéciales sauf génétique et radiothérapie	31.282,8	36,0	31.318,8
Génétique	1.040,4		1.040,4
Radiothérapie	1.568,4	500,0	2.068,4
Chirurgie - Anesthésiologie	26.955,9	165,0	27.120,9
Gynécologie	2.268,5	124,0	2.392,5
Surveillance	7.187,9	565,0	7.752,9
S/TOTAL	167.660,4	2.848,5	170.508,9
Accréditation (20.306 BEF)	446,7		446,7
Forfait Dossier médical (5.000 BEF)	101,5		101,5
TOTAL	168.208,6	2.848,5	171.057,1
Dialyse	3.714,0		3.714,0

2. Dès que l'objectif budgétaire partiel ou l'objectif par rubrique est dépassé ou risque d'être dépassé au sens des dispositions de l'arrêté royal du 5 octobre 1999 portant exécution de l'article 51, § 4 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités précitée, une ou plusieurs des mesures de correction de la liste non limitative qui suit devront s'appliquer, en fonction de l'analyse des dépenses constatées et exclusivement sur proposition de la Commission nationale médico-mutualiste:

- Transfert proportionnel et sélectif d'honoraires payés à l'acte dans des honoraires forfaitaires;
- Renforcement de la prise de conscience du prescripteur en vue d'un comportement mieux ciblé en matière de prescription;
- Adaptation des mécanismes de remboursements dans le cas de prestations bien déterminées dont il serait prouvé, de façon précise et sur base d'analyses objectives, qu'elles font l'objet d'un usage abusif et injustifié;
- Promotion d'une demande et d'un usage responsable des prestations de santé par l'information, le «pilotage» et la couverture équilibrée par l'assurance des prestations exécutées chez les patients ambulants et hospitalisés;
- Et/ou diminution proportionnelle et sélective des honoraires de certaines prestations diagnostiques.

La CNMM s'engage à concrétiser durant le 1^{er} semestre de 2001 les mesures de correction susvisées.

Lorsque l'objectif budgétaire partiel d'une rubrique est dépassé sur la base des dépenses relatives au premier semestre 2001 et qu'aucune mesure concrète de correction figurant sur la liste non limitative n'est appliquée avec effet immédiat, la CNMM décide, pour les honoraires relatifs aux prestations relevant de la (des) rubrique(s) concernée(s), de ne pas appliquer l'indexation prévue pour 2002, ou de l'appliquer soit partiellement, soit tardivement.

3. En cas d'insuffisance des mécanismes de correction susvisés ou en cas de non-application de ces mécanismes ou si les mesures de correction mentionnées à l'article 51, § 3 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, ne sont pas prises en temps utile ou sont insuffisantes, il est appliqué une réduction automatique et immédiatement applicable des honoraires ou

autres montants ou des tarifs de remboursements en cas de dépassement significatif ou de risque de dépassement significatif de l'objectif budgétaire annuel partiel, selon les règles fixées aux alinéas 5 à 7 de l'article 51, § 2 susvisé.

4. Si les dépenses du premier semestre 2001 indiquent un boni de plus de 5 % par rapport à l'objectif budgétaire partiel ou l'objectif par rubrique les moyens financiers ainsi dégagés seront affectés au secteur médical sur proposition de la Commission nationale médico-mutualiste faite au Conseil général.

Cette clause s'applique dans le respect des dispositions visées à l'article 51, § 6, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités précitée.

F. MAÎTRISE DE L'EVOLUTION DES DEPENSES

I. Maîtrise du budget de l'imagerie médicale

1. La CNMM demandera au Groupe de direction de l'accréditation des médecins d'examiner la possibilité d'organiser un peer-review au sein des groupes locaux d'évaluation médicale des radiologues, entre autres sur base de données relatives aux services d'imagerie médicale.

2. Un groupe de travail ad hoc est chargé d'examiner les possibilités en vue d'arriver à un financement des moyens de contraste qui soit plus uniforme et basé sur des critères scientifiques. Dans ce cadre, on analysera dans quelle mesure les montants totaux remboursés pour les moyens de contraste peuvent être incorporés dans le budget global de l'imagerie médicale.

3. La CNMM propose de fixer le montant du budget global des moyens financiers pour l'imagerie médicale pour 2001 comme suit:

1) montant de base	28.255,7 millions de BEF
2) moyens supplémentaires RMN	300,0 millions de BEF
3) dépistage du cancer du sein organisé au niveau national	240,0 millions de BEF
Total	28.795,7 millions de BEF
Correction 1999 (art.59 loi AMI)	+13,7 millions de BEF
TOTAL FINAL 2001	28.809,4 millions de BEF

L'attestation des prestations effectuées dans le cadre du dépistage du cancer du sein organisé au niveau national se fera par des codes de nomenclature distincts et les dépenses supplémentaires éventuelles effectuées en 2001 au-delà des moyens fixés à 240,0 millions de BEF seront acceptées comme dépenses exogènes sans que d'autres mesures de correction soient prises.

Le montant de 240,0 millions de BEF (5.949 milliers d'EURO) doublera en 2002 pour atteindre 480,0 millions de BEF (11.899 milliers d'EURO).

La CNMM proposera dès lors au Conseil général et au Comité de l'assurance du Service des soins de santé de l'INAMI de fixer le budget global des moyens financiers pour l'ensemble du Royaume, pour les prestations d'imagerie médicale pour 2001, à un montant total de 28.809,4 millions de BEF, dont :

- * 17.302,2 millions de BEF pour les prestations dispensées à des bénéficiaires non hospitalisés,
- * 10.967,2 millions de BEF pour les prestations dispensées à des bénéficiaires hospitalisés,
- * 300,0 millions de BEF comme moyens supplémentaires RMN tant pour des bénéficiaires hospitalisés que pour des bénéficiaires non hospitalisés,
- * 240,0 millions de BEF pour le dépistage du cancer du sein organisé au niveau national.

Lors du suivi des dépenses d'imagerie médicale, la CNMM fera une distinction entre, d'une part, les dépenses relatives aux prestations effectuées par des médecins spécialistes en radiodiagnostic et, d'autre part, les dépenses relatives aux prestations effectuées par d'autres médecins spécialistes.

II. Maîtrise du budget de la biologie clinique

1. Secteur ambulatoire.

La CNMM insiste pour qu'une évaluation annuelle et minutieuse des profils tant des prescripteurs que des dispensateurs de biologie clinique soit poursuivie par les Commissions de profils compétentes et pour que les informations issues de cette évaluation soient régulièrement communiquées aux médecins.

2. La CNMM demandera au CTM de formuler au plus tard le 30 juin 2001 une proposition de règlement définitive permettant, sur base de l'article 53, premier alinéa de la loi coordonnée, de reprendre à partir du 1^{er} octobre 2001 sur les attestations de soins donnés, les prestations de biologie clinique effectuées, sous les numéros de classe sous lesquels elles sont groupées dans la nomenclature des soins de santé.

3. Budget global

La CNMM propose de fixer le montant du budget global des moyens financiers pour la biologie clinique pour 2001 comme suit :

1)	montant	de	base	:	29.857,6	millions	de	BEF
2)	corrections	1999	(art. 59	loi	AMI)	:	303,4	millions de BEF

TOTAL FINAL 2001: 30.161,0 millions de BEF

La CNMM propose au Conseil général et au Comité de l'assurance du Service des soins de santé de l'INAMI de fixer le budget global des moyens financiers pour l'ensemble du Royaume pour les prestations de biologie clinique pour 2001 à 30.161,0 millions de BEF, dont 14.506,1 millions de BEF pour les prestations de biologie clinique dispensées à des bénéficiaires hospitalisés et 15.654,9 millions de BEF pour les prestations de biologie clinique, dispensées à des bénéficiaires non hospitalisés.

III. Evaluation et suivi de l'information

1. Evaluation de l'activité médicale

Un groupe de travail permanent de la CNMM composé paritairement évalue l'acte médical sur la base du traitement de données statistiques sur la fourniture de soins médicaux ambulatoires et intra-muros collectées par les organismes assureurs, par l'INAMI et par le Ministère de la Santé Publique. La variabilité de la pratique pour des indications identiques sera examinée en particulier. Cette information sera transmise aux groupes locaux d'évaluation médicale par le truchement du Groupe de direction de l'accréditation afin de développer des attitudes médicales communes ainsi que des recommandations concernant la pratique médicale. En outre, la CNMM tient compte des constatations faites lors des adaptations régulières dont fait l'objet la nomenclature des prestations de santé ainsi que des mesures de correction à appliquer éventuellement lorsque l'objectif budgétaire est dépassé.

Il y a lieu de respecter la relation adéquate avec le Conseil technique médical, avec les Commissions de profils médicaux existantes des médecins généralistes, des médecins spécialistes et des hôpitaux et avec le Conseil national pour la promotion de la qualité, qui ont leur propre mission. Chaque année, et au plus tard le 31 octobre, le groupe de travail permanent d'évaluation de la pratique médicale fournit à la CNMM un rapport d'activités avec des recommandations précises en matière de correction prioritaire et/ou de soutien des différentes formes de dispensation de soins médicaux.

2. Secteur des médicaments

a) Un groupe de travail créé par le Groupe de direction de l'accréditation est chargé de récolter une information indépendante sur les médicaments à l'intention des groupes locaux d'évaluation médicale.

b) La CNMM examinera en 2001 quelle suite peut être réservée à partir du 1^{er} janvier 2002 au rapport du groupe de travail chargé d'étudier la faisabilité d'un formulaire national pouvant servir de guide non obligatoire lors de la prescription de médicaments dans les maisons de repos et les maisons de repos et de soins en déterminant par pathologie, les produits ayant la meilleure efficacité.

c) Promotion d'une prescription efficiente de médicaments.

Un groupe de travail de la CNMM travaille en collaboration avec le Conseil technique des spécialités pharmaceutiques sur une proposition d'expérimentation qui prévoirait des incitants positifs collectifs pour une prescription plus efficiente de médicaments, notamment, les médicaments génériques et les copies. La proposition sera soumise à la CNMM au plus tard le 1^{er} juillet 2001.

G. STATUT SOCIAL

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

1° le montant du statut social pour l'année 2001 devrait être fixé à 150 % du montant qui est obtenu en indexant le montant fixé pour 1996, conformément à l'évolution de l'indice-santé entre le 31 octobre 1996 et le 31 octobre 2000 pour les médecins qui sont réputés de plein droit avoir adhéré au présent accord pour leur activité professionnelle complète;

2° le montant du statut social pour l'année 2001 devrait être fixé à 100 % du montant qui est obtenu en indexant le montant fixé pour 1996, conformément à l'évolution de l'indice-santé entre le 31 octobre 1996 et le 31 octobre 2000 pour les médecins qui ont, dans les trente jours qui suivent la publication de cet accord au Moniteur belge, communiqué à la CNMM les conditions de temps et de lieu selon lesquelles, conformément aux clauses dudit accord, ils appliqueront ou non les montants d'honoraires qui y sont fixés, et dont l'activité professionnelle exercée conformément aux clauses de l'accord correspond aux minima suivants :

- pour les médecins de médecine générale :

- * ou bien des consultations au cabinet représentant au moins dix heures par semaine, réparties sur trois jours au moins;

- * ou bien des consultations au cabinet représentant au moins les trois-quarts de l'activité professionnelle hebdomadaire;

- pour les médecins spécialistes exerçant leur activité professionnelle en tout ou en partie en milieu hospitalier :

- * ou bien vingt-cinq heures par semaine au moins;

- * ou bien les trois-quarts de l'activité professionnelle;

- pour les médecins spécialistes exerçant leur activité professionnelle exclusivement en dehors du milieu hospitalier :

- * ou bien des consultations au cabinet représentant au moins vingt heures per semaine;

- * ou bien des consultations au cabinet représentant au moins les trois-quarts de l'activité professionnelle.

La CNMM évaluera le nombre de médecins qui pour l'année 2001 demanderont respectivement le montant visé sous 1° ou sous 2° et sur base de cette évaluation, formulera son avis à propos des adaptations des montants pour le statut social pour l'année 2002.

H. DOSSIER MEDICAL GLOBAL

La CNMM souhaite confirmer le rôle particulier du médecin généraliste dans les soins de santé.

Dans ce cadre, elle désire promouvoir l'usage fonctionnel du dossier médical global, qui comporte les données médicales et socio-administratives significatives au sujet de l'assuré sur les plans préventif et curatif, en vue d'une dispensation de soins de qualité et d'une organisation efficace des soins médicaux au sens de l'article 36 de la loi coordonnée.

La CNMM exprime son accord sur le principe de l'instauration du dossier médical global pour l'ensemble de la population.

L'instauration du système sera encouragée par des stimulants destinés aux patients qui marquent leur intérêt pour celui-ci et aux médecins généralistes, stimulants qui comprendront les éléments suivants :

- une indemnité de base annuelle pour les médecins généralistes accrédités;
- des honoraires en faveur du médecin généraliste accrédité ou agréé pour la gestion du dossier médical global;
- une diminution de l'intervention personnelle au profit du patient.

I. En vue d'une extension progressive du système à l'ensemble de la population :

1.

- le système du dossier médical global sera ouvert, avec effet au 1^{er} mai 2001, à tous les assurés de 50 ans et plus, et aux malades chroniques tels que définis dans la nomenclature en vigueur depuis le 1^{er} juin 2000;
- et sera également ouvert, avec effet au 1^{er} mai 2002, à l'ensemble de la population.

2. Seront introduits à titre de stimulants pour le médecin :

- a. une indemnité de base annuelle pour les médecins généralistes accrédités à titre d'intervention dans les dépenses administratives afférentes à la gestion d'un dossier médical global. Cette indemnité s'élève en 2001 à 5.000 BEF.
- b. des honoraires en faveur du médecin généraliste accrédité ou agréé pour la gestion d'un dossier médical global à la demande expresse et volontaire de l'assuré. Cette demande figure dans le dossier médical global sur la base des modalités approuvées par la CNMM. Ces honoraires peuvent être portés en compte une fois l'an lors :
- d'une consultation ou une visite à domicile pour les assurés de 75 ans et plus et les malades chroniques.
- d'une consultation pour tous les autres assurés (limité jusqu'au 1^{er} mai 2002 aux assurés âgés de plus de 50 ans).

Ces honoraires s'élèvent au 2001 à 513 BEF.

3. il est proposé au Ministre des Affaires sociales et des Pensions de procéder au profit des assurés visés sous b., à une diminution de l'intervention personnelle de 30 % par rapport à l'intervention personnelle actuelle pour :

- les consultations d'un médecin généraliste et les visites à domicile pour les assurés de 75 ans et plus et les malades chroniques qui ont confié un dossier médical global à leur médecin généraliste;
- les consultations d'un médecin généraliste pour tous les autres assurés qui ont confié un dossier médical global à leur médecin généraliste.

II. Les organismes assureurs pourront inviter leurs affiliés à choisir un médecin généraliste pour tenir leur dossier, conformément aux modalités définies par la CNMM.

III. Un groupe de travail mixte permanent, dans lequel sont représentés les médecins généralistes et les médecins spécialistes, soumettra à la CNMM au plus tard le 31 décembre 2001 un rapport contenant :

1. une évaluation du système existant, en ce qui concerne les aspects administratifs et organisationnels;
2. une évaluation de l'usage fonctionnel du dossier médical global; on examinera plus particulièrement dans quelle mesure le DMG favorise la communication entre médecins généralistes et médecins spécialistes. Le cas échéant, le groupe de travail fera des propositions afin d'inciter les médecins spécialistes à communiquer les résultats des examens effectués ainsi que toutes les données utiles concernant les patients (ayant ou non fait l'objet d'un renvoi) aux médecins généralistes qui gèrent leur dossier et vice versa.

3. une proposition de procédure de "transmission de dossier" au cas où le patient souhaiterait confier son DMG à un autre médecin généraliste.

I. DUREE DE L'ACCORD

I. Cet accord est conclu pour une période de deux ans et vient à échéance le 31 décembre 2002; il peut cependant être dénoncé, par lettre motivée recommandée à la poste, adressée au Président de la Commission nationale médico-mutualiste :

1. par une des parties :

dans les trente jours suivant la publication au Moniteur belge, de mesures de correction visées au § 8 de l'article 50 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Cette dénonciation peut être générale ou limitée à certaines prestations ou groupes de prestations et/ou à certains dispensateurs de soins, concernés par les mesures de correction.

En cas de dénonciation partielle, la lettre recommandée contiendra aussi les références précises des prestations ou des groupes de prestations et/ou des dispensateurs de soins qui sont visés.

Cette dénonciation produit ses effets à la date d'entrée en vigueur desdites mesures de correction.

Une partie est valablement représentée lorsqu'elle réunit au moins 7 des membres qui la représentent.

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

2. par un médecin :

a) dans le cas prévu au point II. La notification de la dénonciation doit être adressée dans les trente jours suivant la publication au Moniteur belge des dispositions concernées.

b) dans les trente jours suivant la publication au Moniteur belge de mesures telles que celles figurant au point 1. ci-dessus si elles ont un rapport avec la pratique qu'il exerce.

Cette dénonciation peut être générale ou être limitée à certaines prestations ou à certains groupes de prestations.

En cas de dénonciation partielle, la lettre recommandée contiendra aussi les références précises des prestations ou des groupes de prestations qui sont visés.

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

c) avant le 15 décembre 2001 pour l'année suivante.

En cas de dénonciation limitée de l'accord dans le courant de l'année 2001, la dénonciation est considérée comme concernant l'ensemble de l'accord à partir du 1^{er} janvier 2002.

d) Lorsqu'un acte législatif ou réglementaire d'une autorité modifie l'équilibre économique ou celui des droits et obligations de l'engagement en fonction duquel le médecin y a adhéré.

II. Les parties insistent pour que, lors de l'élaboration de la nomenclature, les procédures légales prévues soient suivies et qu'en cas d'intervention de l'autorité de tutelle, la concertation préalable nécessaire soit menée, notamment en informant le CTM et la CNMM.

En cas d'arrêté royal modifiant la nomenclature des prestations de santé, publié sur la proposition du Ministre des Affaires sociales, sans l'accord du Conseil technique médical et de la Commission nationale médico-mutualiste, la procédure suivante est suivie :

- une des parties peut demander que la Commission précitée prenne immédiatement connaissance de ses objections, dûment motivées, de façon détaillée et par écrit;

- les conclusions de la séance de la Commission précitée sont communiquées, le cas échéant, à l'autorité de tutelle;
- l'autorité de tutelle sollicite dans les 8 jours la convocation de la Commission en vue d'arriver, sous sa présidence, à une conciliation.

Si à l'issue de cette procédure, aucun compromis n'est trouvé, les parties peuvent décider de dénoncer l'accord à partir du premier jour du mois civil suivant, à moins que l'arrêté concerné ait fait l'objet d'un avis émis par la section du Conseil scientifique chargée de l'examen approfondi, en permanence, de la nomenclature, visée à l'article 19 de la loi SI, qui sera composée paritairement, d'une part, d'experts et, d'autre part, de représentants présentés par la CNMM.

L'avis précité doit avoir recueilli une majorité, tant en ce qui concerne les experts que pour ce qui est des représentants de la CNMM, étant entendu que la majorité de ces représentants doit être composée paritairement de médecins faisant partie des organisations professionnelles représentatives de médecins et de médecins appartenant aux organismes assureurs.

Une partie est valablement représentée lorsqu'elle réunit au moins 7 des membres qui la représentent.

III. Les parties conviennent qu'elles n'appliqueront pas les règles de dénonciation fixées aux points I.1. et II.:

- en cas de publication au Moniteur belge de l'arrêté royal portant modification de la nomenclature d'où résulte une économie de 650 millions de BEF sur une base annuelle et à propos duquel le Conseil technique médical a formulé à l'unanimité un avis négatif le 23 mai 2000;
- à l'occasion des modifications apportées à la nomenclature concernant, d'une part, les honoraires de permanence [Coût : 300 millions de BEF] et, d'autre part, la radiothérapie, pour laquelle elles se réfèrent au point C.5. du présent accord.

J. FORMALITES

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 Tervuren 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 18 décembre 2000.

Date :

Signature :

2. Les médecins, autres que ceux qui ont notifié, conformément aux dispositions prévues sous 1, leur refus d'adhésion aux termes de l'accord conclu le 18 décembre 2000 à la Commission nationale médico-mutualiste, sont réputés d'office avoir adhéré à cet accord pour leur activité professionnelle complète, sauf s'ils ont, dans les trente jours qui suivent la publication de cet accord au Moniteur belge, communiqué les conditions de temps et de lieu dans lesquelles, conformément aux clauses dudit accord :

- a) ils appliqueront les montants d'honoraires qui y sont fixés;
- b) ils n'appliqueront pas les montants d'honoraires qui y sont fixés.

Cette communication doit se faire par lettre recommandée à la poste adressée à la Commission nationale médico-mutualiste, et ce à l'adresse mentionnée sous 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 18 décembre 2000, 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 18 décembre 2000, 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 :

Full-time :

Total des heures par semaine	Etablissement
------------------------------	---------------

Part-time :

Jours	Etablissement	Heures
Jours	Cabinet : lieu	Heures

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

Jours	Activité	Heures
-------	----------	--------

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

Jours	Activité	Heures
-------	----------	--------

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

Consultations au cabinet représentant au moins vingt heures par semaine :

Jours	Lieu	Heures
-------	------	--------

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

Jours	Lieu	Heures
-------	------	--------

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

Jours	Lieu	Heures
-------	------	--------

Date :

Signature :

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

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.

K. INFORMATION DU BENEFICIAIRE - TRANSPARENCE

I. Dispositions générales

A.1. Pas de suppléments d'honoraires pour les médecins conventionnés pour des patients hospitalisés en salle commune ou en chambre à deux lits.

A.2. Les médecins conventionnés ne peuvent réclamer de suppléments pour des patients en salle commune ou en chambre à deux lits pour l'exécution ambulatoire, dans la fonction d'hôpital de jour, des prestations suivantes, mentionnées dans l'article 4, § 4, c), et § 5 de la convention entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs :

- lors de l'administration d'une médication chimiothérapique de la catégorie de remboursement A, nécessitant une surveillance médicale et infirmière en cas de perfusion intravasculaire nécessaire pour des motifs thérapeutiques ou d'instillation intracavitaire ou intravésicale, pour laquelle est dû un forfait de journée d'entretien (code de facturation maxi 0761235 - 0761246, code de prestation relatif 0761353-364 et 0761390-401) égal à la partie B2 du prix de la journée d'entretien de l'établissement;

- pour les prestations figurant dans la liste limitative jointe en annexe II à la convention précitée pour lesquelles un forfait de journée d'entretien A, B, C ou D est dû.

A.3. En ce qui concerne les salles communes et les chambres à deux lits, les médecins non conventionnés peuvent demander des suppléments en sus des honoraires conventionnels, sauf pour les bénéficiaires visés dans l'article 2 de l'arrêté royal du 3 novembre 1993 portant exécution de l'article 37 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, de l'article 34, 14^o et de l'article 37, § 16 bis de la même loi. Le Roi peut étendre cette règle à d'autres catégories d'assurés.

II. Modifications de lois et procédures proposées par la CNMM

B. Il est proposé au Ministre des Affaires sociales et des Pensions compétent d'abroger l'article 50 bis de la loi précitée et d'insérer dans cette loi une disposition analogue à celle de l'ancien article 138 de la loi sur les hôpitaux. Il y a lieu de prévoir dans cette disposition que la réglementation générale de l'hôpital comporte une clause dans laquelle sont fixés les honoraires maximums, sans préjudice du point A.3.

Cette clause sera transmise aux organismes assureurs par l'entremise de l'INAMI.

Cette disposition s'applique à tous les suppléments en sus des honoraires conventionnels en cas d'hospitalisation, quel que soit le type de chambre, ainsi qu'en cas d'hospitalisation de jour.

Il sera également demandé au Ministre des Affaires sociales et des Pensions d'introduire les procédures suivantes :

C.1. Communication du gestionnaire de l'hôpital au Conseil médical et aux organismes assureurs des médecins qui n'ont pas adhéré à l'accord et qui ne s'engagent pas à respecter les tarifs qui y sont prévus.

C.2. Obligation du gestionnaire et du Conseil médical de garantir des soins aux patients hospitalisés dans tous les services et dans toutes les disciplines aux tarifs de l'accord. Ce principe est également valable en cas d'hospitalisation de jour.

C.3. En cas d'hospitalisation, signature par le patient avant l'admission d'un document sur lequel figure tout supplément pour la chambre et pour les honoraires des médecins qui peut être porté en compte en sus des tarifs conventionnels. Le même principe s'applique à l'hospitalisation de jour.

En ce qui concerne la procédure d'affichage à l'égard des médecins conventionnés, il est fait référence au point J.4 du présent accord.

C.4. L'approbation des propositions contenues au point K. Il est liée à l'approbation du présent accord par le Ministre.

L. CONDITIONS D'APPLICATION DE L'ACCORD

§ 1. Les dispositions du présent accord s'appliquent à toutes les prestations figurant à la nomenclature des prestations de santé.

§ 2. Le médecin qui accepte les termes du présent accord fournira aux bénéficiaires de l'assurance soins de santé les documents nécessaires au remboursement de l'assurance.

§ 3. Médecins de médecine générale.

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

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

1. les visites non urgentes effectuées à la demande du malade en dehors des heures ou du programme de la tournée normale du médecin;
2. les appels de malades entraînant pour le médecin un déplacement d'une importance inhabituelle;
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;
4. les consultations données sur rendez-vous en dehors des consultations prévues à l'alinéa précédent ou perturbant leur déroulement normal.

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

§ 4. 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 :

a) 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;

b) 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 :

1. la demande d'hospitalisation en chambre particulière pour des raisons de convenances personnelles;
2. les appels à domicile, sauf s'il s'agit de consultations demandées par le médecin traitant;
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.

§ 5. 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 2.100.000 BEF (52.058 EURO) par ménage, augmentés de 70.000 BEF (1.735 EURO) par personne à charge, lorsqu'il n'y a qu'un seul titulaire;

soit 1.400.000 BEF (34.705 EURO) par titulaire, augmentés de 70.000 BEF (1.735 EURO) par personne à charge, lorsqu'il y a plusieurs titulaires.

§ 6. En cas de dépassement des honoraires ou des indemnités de déplacement fixés par le présent accord, le bénéficiaire peut réclamer au médecin une indemnité forfaitaire s'élevant à trois fois le montant du dépassement, avec un minimum de 500 F.

M. RECOMMANDATIONS A L'AUTORITE DE TUTELLE

La Commission nationale médico-mutualiste formule à l'égard du Ministre des Affaires sociales à nouveau les recommandations suivantes :

1. En concertation avec toutes les autorités compétentes, il y a lieu de rechercher une solution structurelle aux problèmes que pose la responsabilité civile des médecins, notamment en ce qui concerne l'augmentation importante des primes d'assurance.

2. Les initiatives nécessaires doivent être prises afin que la Commission nationale médico-mutualiste soit intéressée, de façon adéquate, à la mise en oeuvre et au suivi de toute réglementation ayant une incidence sur le secteur médical, donnant lieu à un financement par l'assurance maladie. En particulier, de nouvelles initiatives doivent être prises pour compenser les effets directs et indirects des CCT relatifs aux hôpitaux pour les honoraires médicaux en question.

3. Les indemnités des maîtres de stage en médecine générale doivent être adaptées.

4. Les moyens budgétaires pour les interventions forfaitaires pour la dialyse doivent être transférés aux honoraires médicaux.

La Commission nationale médico-mutualiste souhaite attirer l'attention des pouvoirs publics sur la grande importance qu'elle attache à la maîtrise de l'offre médicale.

N. MISSIONS

1. La CNMM charge le CTM de formuler en priorité et au plus tard le 30 juin 2001, des propositions concernant :

- le calcul et les modalités de remboursement des honoraires (forfaitairement et à l'acte) en matière de biologie clinique pour les patients hospitalisés et traités ambulatoirement;
- une révision et une simplification de l'application de l'article 26 de la nomenclature (urgences);
- une révision de la nomenclature des prestations pour les médecins spécialistes en psychiatrie, y compris la psychiatrie ambulatoire, la psychiatrie de liaison et les honoraires de surveillance, qui permettra, en ce qui concerne ces derniers dans le cadre d'une révision globale, de porter attention à la présence minimum exigée et au fonctionnement global des services concernés et de subdiviser la nomenclature en prestations psychiatriques et prestations neurologiques;
- des honoraires de coordination pour le médecin spécialiste pour les traitements de l'insuffisance rénale sous la responsabilité d'un centre d'autodialyse collective, dialyse péritonéale ambulatoire et dialyse à domicile.

2. La CNMM charge le CTM de formuler, au cours de l'année 2001, des propositions concernant :

- un rééquilibrage fondamental de la nomenclature en vue d'un équilibre correct entre les honoraires pour prestations intellectuelles et ceux pour prestations techniques;
- une révision et une simplification de l'application de la nomenclature, notamment en ce qui concerne les articles 12 (anesthésie), 13 (réanimation) et 25 (honoraires de surveillance), en particulier en ce qui concerne les honoraires de surveillance dans les services K;
- l'harmonisation des prestations de rééducation fonctionnelle pluridisciplinaire dans la physiothérapie, avec les prestations mentionnées dans les conventions de rééducation fonctionnelle locomotrice, et la kinésithérapie;
- une rémunération adéquate des activités des gériatres, en particulier en ce qui concerne les honoraires de surveillance et la consultation gériatrique précédant l'hébergement dans une M.R.S.;
- une égalisation des honoraires des médecins en formation professionnelle à ceux des médecins agréés.
- une révision de la nomenclature concernant les transplantations de moelle osseuse.

3. La CNMM charge un groupe de travail, dans lequel siègent entre autres, des membres du Conseil technique médical, de faire des propositions concernant les services de garde pour les médecins généralistes et leur relation fonctionnelle avec les services d'urgence des hôpitaux. Les propositions, pour lesquelles un budget de 60 millions de BEF est disponible pour 2001 et un budget de 100 millions de BEF pour 2002, concernent notamment :

- l'organisation et l'accessibilité des services de garde;
- la nomenclature et les honoraires;
- les montants des quotes-parts personnelles des patients;
- la perception obligatoire ou non de la quote-part personnelle;
- l'application du régime du tiers payant, y compris pour les prestations techniques effectuées dans le cadre du service de garde.

4. La CNMM charge également des groupes de travail distincts ad hoc, au cours du présent accord :

- de procéder à une analyse du comportement prescripteur;
- d'examiner le problème de l'engagement partiel.
- d'étudier les possibilités et les modalités d'un financement du fonctionnement des organisations professionnelles représentatives des médecins dans le cadre de l'assurance maladie.

Le dernier groupe de travail fera rapport à la CNMM avant la fin de l'an 2001.

Les autres groupes de travail feront rapport à la CNMM et formuleront des propositions et des recommandations concrètes avant la fin de l'an 2002.

O. DISPOSITIONS FINALES

1. La Commission nationale médico-mutualiste prend acte avec plaisir de la décision des organisations représentatives du Corps médical de recommander aux médecins concernés le respect, à partir du 1^{er} janvier 2001, des honoraires prévus par l'accord avant même la mise en vigueur de ce dernier.

2. La Commission nationale médico-mutualiste recommande aux médecins qui n'adhèrent pas à l'accord, de respecter les honoraires résultant de l'accord vis-à-vis des bénéficiaires jouissant du régime préférentiel, des patients ayant droit à la franchise sociale et des malades chroniques.

3. La CNMM recommande aux médecins qui adhèrent à l'accord, d'appliquer les dispositions du présent accord qui règlent les honoraires également aux prestations énumérées à l'article 34 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et qui ne sont pas mentionnées à l'article 1^{er} de l'arrêté royal du 29 décembre 1997 sur l'assurance soins de santé des indépendants, pour les travailleurs indépendants, les aidants et les membres non rémunérés des communautés religieuses qui se sont affiliés à un service de soins de santé en vertu de l'article 27bis de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités.
