

ACCORD NATIONAL MEDICO-MUTUALISTE 2011

DU 13 DÉCEMBRE 2010

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, sous la présidence de M. Johan DE COCK, a conclu le 13 décembre 2010, l'accord suivant :

1. CONTEXTE

La Commission nationale médico-mutualiste est consciente de l'importance de garantir, dans le contexte politique, économique et budgétaire actuel, la sécurité tarifaire des patients, et, le cas échéant, de la renforcer. Par voie de concertation, elle souhaite prendre les mesures qui s'imposent devant contribuer à une utilisation scrupuleuse des moyens de l'assurance soins de santé. Les adaptations tarifaires et les nouvelles initiatives sont strictement limitées à l'année 2011.

2. OBJECTIF BUDGETAIRE PARTIEL 2011

La Commission nationale médico-mutualiste prend connaissance du montant de l'objectif budgétaire partiel 2011 fixé le 18 octobre 2010 par le Conseil général de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité à 7.113.974 milliers d'euros. Il a été tenu compte, d'une part, d'une masse d'indexation de 98.635 milliers d'euros, ce qui correspond à une adaptation de 1,40 %, et, d'autre part, d'une économie à réaliser au niveau de la nomenclature des prestations de santé des médecins spécialistes pour un montant de 30 millions d'euros en 2011. Cette économie représente 0,52 % de la masse d'honoraires concernée.

L'objectif budgétaire partiel de 2011 connaît une augmentation de 3,59 % par rapport à l'objectif budgétaire 2010.

3. MESURES RELATIVES AUX MEDECINS DE MEDECINE GENERALE

3.1. Les honoraires et le forfait d'accréditation des médecins de médecine générale, tels qu'ils avaient été fixés le 31 décembre 2010, sont indexés de façon linéaire de 1,40 % à la date du 1^{er} janvier 2011 (impact : 18,406 millions d'euros).

3.2. La Commission nationale médico-mutualiste prend connaissance de la proposition de la Ministre des Affaires sociales visant à faire approuver par le Conseil des ministres, avant le 31 décembre 2010, les projets d'arrêtés relatifs à l'instauration du supplément d'honoraires pour la gestion du dossier médical global (DMG+ avec module de prévention) par le médecin généraliste agréé, afin que la mesure puisse entrer en vigueur le 1^{er} avril 2011.

3.3. La Commission nationale médico-mutualiste met l'accent sur l'adoption urgente par le Gouvernement du projet d'arrêté approuvé par le Comité de l'assurance le 29 novembre 2010 concernant Impulseo III. Ce projet d'arrêté vise l'exécution du point 8.2.2 de l'accord national du 17 décembre 2008 qui prévoit une intervention financière accordée aux médecins individuels — liés ou

non par un accord de coopération — en vue d'alléger la charge salariale des employés qui les assistent au niveau de l'organisation administrative et de l'accueil à leur cabinet.

3.4. La Commission nationale médico-mutualiste est plus que jamais convaincue qu'une politique intégrée en matière de services de garde de médecins généralistes et de postes de garde de médecine générale doit être menée afin de pouvoir garantir, à la lumière des évolutions sociologiques au sein du groupe professionnel, une continuité optimale des soins de première ligne.

À cette fin, la Commission nationale médico-mutualiste élaborera en 2011 les propositions suivantes :

3.4.1. l'adaptation et simplification de la procédure d'accords en matière de postes de garde de médecine générale ;

3.4.2. l'ancrage du financement dans un cadre structurel au lieu d'un contexte expérimental ;

3.4.3. la précision des conditions de financement compte tenu des règles de base suivantes :

3.4.3.1. les postes de garde de médecine générale assurent un service minimum pendant les week-ends et les jours fériés légaux ;

3.4.3.2. pour l'organisation et le financement des déplacements des médecins généralistes de garde, il sera tenu compte de la charge de travail et de la durée des déplacements des médecins généralistes, de la sécurité et de la structure des coûts ;

3.4.3.3. chaque accord comporte un plan d'action pluriannuel détaillé visant à communiquer à la population les objectifs et le fonctionnement des postes de garde de médecine générale, en ce compris une méthode permettant de mesurer la notoriété des postes de garde de médecine générale : en se basant sur le rapport d'activités annuel, la Commission nationale médico-mutualiste pourra donner des directives et/ou moduler des incitants financiers ;

3.4.3.4. pour l'application individuelle de ces principes de base, la Commission nationale médico-mutualiste pourra, pendant une période de deux ans, tenir compte du fait que le fonctionnement des postes de garde de médecine générale est en phase de démarrage ;

3.4.4. incitant à l'application généralisée du régime du tiers payant dans le cadre des postes de garde ;

3.4.5. augmentation du budget à 9,884 millions d'euros (+ 3 millions d'euros) pour l'extension du nombre de postes de garde de médecine générale et pour le financement d'un nombre de solutions similaires, au moyen d'une convention conclue avec le Comité de l'assurance, sur proposition de la Commission nationale médico-mutualiste ;

3.4.6. suivi et évaluation périodiques des mesures concernées, par un groupe de direction désigné par la Commission nationale médico-mutualiste.

3.5. En 2011, la Commission nationale médico-mutualiste fera une première évaluation de la mise en œuvre des trajets de soins.

Le cas échéant, des moyens supplémentaires seront débloqués en vue de promouvoir et de soutenir le développement des trajets de soins.

3.6. Les médecins généralistes qui adhèrent à l'accord national s'engagent, de manière générale, à appliquer le régime du tiers payant social pour toutes les prestations de consultation, et ce à la demande du patient et selon les modalités fixées par la Commission nationale médico-mutualiste (voir annexe).

En cas de présomption d'abus ou de présomption d'irrégularités dans le chef du patient ou si la situation réelle du patient semble ne pas être conforme aux conditions précitées, l'application du régime pourra néanmoins être refusée.

L'application de ce régime sera évaluée au terme d'une année, sur la base d'éventuelles constatations faites tant auprès des médecins qu'au sein des organismes assureurs.

3.7. L'intervention annuelle, visant à soutenir la pratique de la médecine générale, 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, est fixée pour l'année 2011 à 1.500 euros.

Pour l'octroi de cette intervention, il est 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, de la constatation que durant l'année d'octroi, des honoraires de disponibilité ont été accordés au moins une fois ou de la notification à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité de l'inscription au service. Si néanmoins, les données d'activité de la deuxième année précédant l'année de l'octroi n'atteignent pas le seuil, il est pris en compte l'activité moyenne calculée sur cinq années.

3.8. Les mesures visées aux points 11.1.1 et 11.1.2 de l'accord national médico-mutualiste 2008 concernant la permanence et la disponibilité des médecins généralistes sont prolongées et augmentées à 3 euros en 2011.

4. MESURES RELATIVES AUX MEDECINS SPECIALISTES

4.1. Les honoraires et le forfait d'accréditation des médecins spécialistes, tels qu'ils avaient été fixés le 31 décembre 2010, sont indexés de 1,40 % à la date du 1^{er} janvier 2011 en ce qui concerne les rubriques suivantes de la nomenclature des prestations de santé (impact : 15,687 millions d'euros) : toutes les prestations de l'article 2 réservées aux médecins spécialistes ; toutes les prestations de l'article 3 réservées aux médecins spécialistes, à l'exception de la biologie clinique ; toutes les prestations de gynécologie de l'article 9, b) et c), et de l'article 14, g) ; toutes les prestations de l'article 25.

Les autres prestations sont indexées conformément aux modalités prévues aux points 4.4 et 4.7.

4.2. La Commission nationale médico-mutualiste prend connaissance de la communication de la Ministre des Affaires sociales selon laquelle le Conseil d'État émettra un avis pour le 30 décembre 2010 sur le projet d'arrêté relatif aux honoraires forfaitaires des médecins spécialistes en pédiatrie en vue de stimuler leur présence au sein de l'hôpital. La Commission nationale médico-mutualiste prend également connaissance de l'engagement de publier ensuite l'arrêté au plus vite.

4.3. La Commission nationale médico-mutualiste décide de franchir une première étape en 2011 en ce qui concerne la réinstauration des prestations désignées par les numéros d'ordre 590833 et 590855.

En 2011, la prestation désignée par le numéro d'ordre 590833 sera remboursée à hauteur d'un C 2. La prestation désignée par le numéro d'ordre 590855 sera revalorisée à hauteur d'un C 5 (impact : 8,276 millions d'euros).

4.4. En ce qui concerne les prestations spéciales, les mesures suivantes seront prises en 2011 :

4.4.1. au moyen de l'adaptation de la lettre-clé (dans l'attente de l'adaptation technique de la nomenclature) :

Mesures structurelles	Montant
11/01 Neurologie, psychiatrie, neuropsychiatrie Révision de la nomenclature « evoked potentials » et « event related potentials »	2.000.000 EUR
11/02 Chirurgie plastique / ORL Dévalorisation des prestations "chirurgie corrective de l'oreille" : concernant les prestations 253551 à 253606 en chirurgie plastique concernant les prestations 258156 à 258204 en ORL	500.000 EUR
11/03 Dermatologie Diminution pour 532630-532641 : - 5,06 euros Diminution pour 532652-532663 : - 3,29 euros	1.750.000 EUR
11/04 Prestations spéciales Diminution pour 353231-353242 : - 4 euros	755.000 EUR
11/05 Chirurgie plastique Equivalence 251731-251742 avec 532674-532685	216.000 EUR
11/06 Pneumologie Diminution des numéros de code 471376 et 471380	3.658.000 EUR
11/07 Neuropsychiatrie Suppression de la prestation 477234-477245	1.363.000 EUR
11/08 ORL Diminution tympanoscopie	2.529.000 EUR
11/09 Imagerie médicale : Echographies articles 17bis et 17quater Diminution de 3% article 17bis	2.669.000 EUR
Diminution de 3% article 17quater	4.747.000 EUR
11/10 Imagerie médicale : Coronarographies articles 17 et 17ter	1.084.000 EUR
Total	21.721.000 EUR

4.4.2. au moyen de l'adaptation de la nomenclature des prestations de santé selon le tableau ci-après ou des mesures avec un impact équivalent pour les mêmes groupes de prestataires :

Mesures structurelles	Montant
11/11 Imagerie médicale Cone Beam CT	4.000.000 EUR
11/12 Aide opératoire Suppression de l'imputation de l'aide opératoire pour les prestations interventionnelles percutanées	3.295.000 EUR
11/13 Honoraires de surveillance pour patients adultes Interdiction de cumul des honoraires de surveillance le jour de l'admission	

avec les honoraires des prestations d'urgence visées à l'article 25,§ 3 bis pour patients adultes	1.500.000 EUR
11/14 Cardiologie Insérer des honoraires forfaitaires annuels pour les contrôles de suivi des stimulateurs cardiaques et défibrillateurs cardiaques implantés	3.395.000 EUR
11/15 Radiothérapie Révision générale des articles 18 et 19 NPS (ea brachythérapie prostatique, obligation de prescription pour PET-scan, ...)	1.400.000 EUR
11/16 Prestations techniques urgentes article 26 NPS Suppression du supplément d'honoraires pour 475086 (ECG) et 212026 (cardiomonitoring de base) pendant l'hospitalisation	8.972.000 EUR
11/17 Echographies article 17quater Référencement sélectif par spécialité	1.500.000 EUR
Total	24.062.000 EUR

4.4.3. Compte tenu que les mesures structurelles visées qui doivent être réalisées via une adaptation de la nomenclature des prestations de santé ne pourront être prises que dans le courant de l'année, l'indexation de 1,40 % des prestations de biologie clinique et des prestations techniques ne sera accordée qu'à partir du 1^{er} mai 2011 à la condition que la Commission nationale médico-mutualiste constate, au plus tard le 30 avril 2011 que les propositions de modification de nomenclature des prestations de santé relatives aux projets 11/11 à 11/17 ont été transmises au Comité de l'assurance des soins de santé, institué auprès du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, ou qu'elles soient élaborées de manière suffisante pour être transmises au Comité de l'assurance des soins de santé au plus tard le 30 juin 2011.

4.5. Une grande variabilité dans l'attestation de prestations d'urgence en milieu hospitalier est constatée. Dans le but de réduire ces différences difficilement justifiables, le Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité est prié d'initier une évaluation en collaboration avec les services médicaux des organismes assureurs dont les résultats seront communiqués à la Commission nationale médico-mutualiste pour le 30 juin 2011 afin que les mesures et corrections nécessaires puissent être prises et exécutées.

4.6. Trajets de soins (voir point 3.5).

4.7. Imagerie médicale et biologie clinique

4.7.1. Au niveau de l'imagerie médicale, l'élaboration du budget a été basée sur une économie de 45 millions d'euros à la suite de la décision gouvernementale prise pour l'année 2010.

Cet objectif sera réalisé de la manière suivante :

- l'actuariat de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité constate que, sur la base de la réestimation des dépenses d'imagerie médicale s'appuyant sur les données comptables des huit premiers mois de 2010, une diminution des dépenses de 22,4 millions d'euros peut être attendue pour 2011 ;
- une diminution du nombre de prescriptions à la suite de la campagne d'information de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité concernant l'imagerie médicale et les doses d'irradiation. L'effet de cette campagne est estimé à environ 15 millions d'euros ;

- les mesures structurelles 11/09 et 11/10 mentionnées au point 4.4.1 et la mesure structurelle 11/17 mentionnée au point 4.4.2.

Vu l'incertitude concernant la poursuite de la baisse constatée et vu l'effet de la campagne d'information, les prestations d'imagerie médicale de 2011 ne seront indexées de 1,40 %, à partir du 1^{er} juillet 2011, que si la Commission nationale médico-mutualiste constate que les données du premier trimestre 2011 démontrent que l'objectif fixé sera atteint et que ce trend pourra être jugé stable.

Si l'effet estimé de la mesure devait se situer à un niveau plus élevé, des moyens financiers seront libérés pour le soutien de mesures visant la promotion de la qualité.

4.7.2. L'enveloppe pour l'imagerie médicale est fixée, pour l'année 2011, à un montant de 1.131.096 milliers d'euros, augmenté le cas échéant du montant de la masse d'index en application du point 4.7.1.

4.7.3. L'enveloppe pour la biologie clinique est fixée, pour l'année 2011, à un montant de 1.190.973 milliers d'euros tenant compte du point 4.4.3.

5. MESURES RELATIVES AUX ASSURES

5.1. Une simplification des tickets modérateurs est prévue pour les consultations de bénéficiaires auprès du médecin généraliste.

5.2. En concertation avec les représentants des médecins, les organismes assureurs lanceront les campagnes d'information nécessaires en vue de consolider le système du tiers payant social notamment dans le cadre du point 3.6. Ils prendront des initiatives afin d'informatiser les procédures administratives.

5.3. Les honoraires complémentaires pour les consultations du médecin généraliste durant la nuit, le week-end et les jours fériés seront intégralement remboursés.

5.4. Vers une simplification de la gestion du dossier médical global

Dans une perspective tendant à la simplification de la gestion du dossier médical global pour le médecin généraliste et les patients, la Commission nationale médico-mutualiste décide, en attendant l'introduction de MyCarenet, de régler l'intervention pour la gestion du dossier médical global, à partir de l'année de prolongation 2011, de la façon suivante :

5.4.1. Ouverture de la gestion du dossier médical global

L'actuelle réglementation de la nomenclature pour la prestation 102771 reste inchangée pour ce qui concerne l'ouverture du dossier médical global.

5.4.2. Prolongation de la gestion du dossier médical global

La prolongation de la gestion du dossier médical global est simplifiée tant au niveau administratif (à l'égard du médecin généraliste) qu'au niveau des conditions (à l'égard des assurés) de la manière suivante :

- l'organisme assureur paie pour chaque année de prolongation les honoraires pour la prolongation de la gestion du dossier médical global pour les médecins généralistes au plus tard le 30 septembre de l'année civile qui suit l'année de prolongation ;

- la période de référence durant laquelle une consultation ou une visite doit être portée en compte à l'assuré par le médecin généraliste, comme condition de prolongation, est étendue d'une année ;
- la possibilité d'attester la prolongation via le numéro de prestation 102771 est maintenue jusqu'au 30 juin 2011.

6. AUTRES INITIATIVES

6.1. Des participants aux négociations relatives au présent Accord ont manifesté leurs préoccupations concernant le taux de conventionnement de certaines spécialités et dans certains arrondissements.

Pour obtenir une vue concrète relativement aux honoraires réellement appliqués, la Commission nationale médico-mutualiste souhaite entamer une concertation et préparer les mesures adéquates relativement à la transparence de l'information sur les montants dus mis à charge des patients aussi bien pour les patients hospitalisés que pour les patients ambulants.

6.2. Afin d'éviter le financement des groupes locaux d'évaluation médicale (GLEMs) par l'industrie pharmaceutique, la Commission nationale médico-mutualiste décide d'affecter un montant de 1.360 milliers d'euros au financement public des GLEMs. La Commission nationale médico-mutualiste attirera l'attention de l'industrie du médicament, via ses représentants, sur le caractère indésirable de la poursuite d'un financement de sa part.

7. STATUT SOCIAL

En vue de stimuler le caractère attractif de l'adhésion à l'accord, la Commission nationale médico-mutualiste formule l'avis selon lequel :

7.1. le montant du statut social pour l'année 2011 est fixé à 4.199,14 euros pour les médecins qui sont réputés de plein droit avoir adhéré au présent accord pour leur activité professionnelle complète;

7.2. le montant du statut social pour l'année 2011 est fixé à 2.065,28 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, et particulièrement aux dispositions du point 9, ils pourront ne pas appliquer les montants d'honoraires qui y sont fixés.

8. MESURES DE CORRECTION

Le présent accord est censé contenir les clauses prévues à l'article 51, § 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, et contient les mécanismes de correction suivants :

8.1. le transfert proportionnel et sélectif d'honoraires payés à l'acte dans des honoraires forfaitaires;

8.2. le renforcement de la prise de conscience du prescripteur en vue d'un comportement mieux ciblé en matière de prescription;

8.3. l'adaptation des mécanismes de remboursements dans le cas de prestations de santé 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;

8.4. la 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;

8.5. et/ou la 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 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 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 des Affaires sociales et la Commission nationale médico-mutualiste.

9. CONDITIONS D'APPLICATION DE L'ACCORD

9.1. Le médecin qui adhère aux termes du présent accord fournira aux bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé les documents nécessaires au remboursement de ses prestations par cette assurance.

La Commission nationale médico-mutualiste attire l'attention qu'en application du Traité européen et du Règlement européen 883/2004, il ne peut être appliqué des tarifs qui se révèlent supérieurs aux tarifs applicables aux résidents qui sont assujettis au régime national de sécurité sociale à l'égard des citoyens européens, en ce compris le personnel employé par les institutions de l'Union européenne.

9.2. Dans le cadre des conditions d'application de l'accord, on distingue deux catégories de dispensateurs de soins tant pour les médecins de médecine générale que pour les médecins spécialistes :

9.2.1. les dispensateurs de soins conventionnés complets ;

9.2.2. les dispensateurs de soins conventionnés partiels.

9.3. Médecins généralistes

9.3.1. Les dispensateurs de soins conventionnés complets

Le médecin généraliste conventionné complet est le médecin généraliste qui soumet la totalité de sa pratique aux conditions du présent accord et pour lequel, sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 9.3.3, les taux d'honoraires et les indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués à l'ensemble de sa pratique.

9.3.2. Les dispensateurs de soins conventionnés partiels

9.3.2.1. Définition et tarifs applicables

Le médecin généraliste conventionné partiel est le médecin généraliste qui soumet la totalité de sa pratique aux conditions du présent accord, sauf, au maximum, durant les périodes et selon les conditions définies strictement au point 9.3.2.2.

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

9.3.2.2. Périodes et conditions du conventionnement partiel

Le médecin généraliste conventionné partiel peut ne pas appliquer les taux d'honoraires fixés conformément aux termes du présent accord uniquement pour les consultations, rendez-vous et prestations en cabinet organisés :

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

9.3.2.2.2. et pour autant que le reste de sa pratique représente au moins les trois quart du total de sa pratique et soit effectué aux taux d'honoraires fixés conformément aux termes du présent accord, sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 9.3.3.

9.3.3. Exigences particulières du bénéficiaire

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

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

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

9.3.3.3. les appels de nuit, de week-end ou au cours d'un jour férié, quand le médecin n'est pas de garde, lorsqu'il est établi que le service de garde organisé sur place est suffisant ;

9.3.3.4. les consultations réalisées à la demande expresse du patient après 21 heures ou les samedis, dimanches et jours fériés. Ces consultations ne constituent toutefois pas une exigence particulière si elles s'inscrivent dans le cadre du service de garde organisé et si le médecin généraliste, pour des raisons personnelles, assure des consultations accessibles au public, reçoit sur rendez-vous ou effectue des visites à ces heures et ces jours.

Il est entendu cependant que le malade en traitement, invité à se représenter au cabinet du médecin, ne tombe pas sous l'application de l'exigence particulière.

Conformément à l'article 8 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, le médecin doit informer le patient au préalable des conséquences financières de l'exigence particulière posée par ce dernier.

9.4. Médecins spécialistes

9.4.1. Les dispensateurs de soins conventionnés complets

Le médecin spécialiste conventionné complet est le médecin spécialiste qui soumet la totalité de sa pratique aux conditions du présent accord et pour lequel, sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 9.4.3., les taux d'honoraires et les indemnités de

déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués à l'ensemble de sa pratique.

9.4.2. Les dispensateurs de soins conventionnés partiels

9.4.2.1. Définition et tarifs applicables

Le médecin spécialiste conventionné partiel est le médecin spécialiste qui soumet la totalité de sa pratique aux conditions du présent accord, sauf, au maximum, durant les périodes et selon les conditions définies strictement au point 9.4.2.2.

Sauf, au maximum, durant les périodes et selon les conditions définies strictement au point 9.4.2.2, ou sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 9.4.3, les taux d'honoraires et les indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués à l'ensemble de sa pratique.

9.4.2.2. Périodes et conditions du conventionnement partiel

Le médecin spécialiste conventionné partiel peut ne pas appliquer les taux d'honoraires fixés conformément aux termes du présent accord pour toute prestation (consultations, rendez-vous, prestations techniques,...) uniquement aux patients ambulants (patients non hospitalisés et hors hôpital de jour ou forfaits) :

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

9.4.2.2.2. et pour autant que la moitié au moins du total de toutes ses prestations aux patients ambulants soit effectuée aux taux d'honoraires fixés conformément aux termes du présent accord sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 9.4.3, et à des heures qui conviennent normalement aux bénéficiaires de l'assurance soins de santé ;

9.4.2.2.3. et pour autant que le médecin spécialiste assure, sur chacun des sites éventuels d'exercice de sa pratique, une plage d'accès pour des prestations aux patients ambulants aux taux d'honoraires fixés conformément aux termes du présent accord sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 9.4.3.

9.4.3. Exigences particulières du bénéficiaire

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

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

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

9.4.3.3. les prestations aux patients ambulants réalisées à la demande expresse du patient après 21h ou les samedis, dimanches et jours fériés. Ces consultations ne constituent toutefois pas une exigence particulière si elles s'inscrivent dans le cadre du service de garde organisé et si le médecin spécialiste, pour des raisons personnelles, assure des consultations accessibles au public, reçoit sur rendez-vous ou effectue des visites à ces heures et ces jours.

Il est entendu cependant que le malade en traitement, invité à se représenter au cabinet du médecin, ne tombe pas sous l'application de l'exigence particulière.

Conformément à l'article 8 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, le médecin doit informer le patient au préalable des conséquences financières de l'exigence particulière posée par ce dernier.

9.5. 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 64.020,96 euros par ménage, augmentés de 2.133,26 euros par personne à charge, lorsqu'il n'y a qu'un seul titulaire;

soit 42.680,18 euros par titulaire, augmentés de 2.133,26 euros par personne à charge, lorsqu'il y a plusieurs titulaires.

9.6. Les contestations concernant le point 9 feront l'objet d'un arbitrage par un collège paritaire composé par la Commission nationale médico-mutualiste et présidé par un fonctionnaire de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

9.7. Information et affichage du statut d'adhésion

Outre leur volonté de promouvoir une information la plus claire et complète envers les diverses parties intéressées, les parties recommandent, l'exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, afin de permettre une information et un affichage clairs et adaptés du statut du médecin qu'il ait adhéré complètement, partiellement ou qu'il n'ait pas adhéré au présent accord ainsi que les périodes de conventionnement ou de conventionnement partiel.

10. CONCILIATION DE CONTESTATIONS

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 des prestations de santé, après avoir pris l'avis du Conseil technique médical.

11. DUREE DE L'ACCORD

11.1. Le présent accord est conclu pour une période d'un an (soit du 1^{er} janvier 2011 au 31 décembre 2011).

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

11.2.1. par une des parties :

11.2.1.1. dans les 30 jours suivant la publication au Moniteur belge, de mesures de corrections visées à l'article 50, § 8, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, ou dans les 30 jours après que le ministre des affaires sociales ait pris

unilatéralement, sur base de l'article 18 de ladite loi coordonnée des mesures qui modifient 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 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 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 desdites mesures de corrections.

11.2.1.2. Les dispositions du présent accord s'appliquent à toutes les prestations qui sont reprises à la nomenclature des prestations de santé le 31 décembre 2010. Si la nomenclature des prestations de santé ainsi décrite est modifiée unilatéralement par l'Autorité en 2011, l'accord n'est plus d'application pour les dispositions modifiées de la nomenclature des prestations de santé 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.

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

11.2.1.4. 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, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

11.2.2. par un médecin :

11.2.2.1. dans les 30 jours suivant la publication au Moniteur belge, de mesures de corrections visées au § 8 de l'article 50 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, ou dans les 30 jours après que le ministre des affaires sociales ait pris unilatéralement, sur base de l'article 18 de ladite loi coordonnée des mesures qui modifient 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 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 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 desdites mesures de corrections.

11.2.2.2. Les dispositions du présent accord s'appliquent à toutes les prestations qui sont reprises à la nomenclature des prestations de santé le 31 décembre 2010. Si la nomenclature des prestations de santé ainsi décrite est modifiée unilatéralement par l'Autorité en 2011, l'accord n'est plus d'application pour les dispositions modifiées de la nomenclature des prestations de santé 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.

12. FORMALITES

12.1. Les médecins qui refusent d'adhérer aux termes du présent accord notifient leur refus, dans les trente jours qui suivent la publication de cet accord au Moniteur belge, 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 prénom(s)

Adresse complète :

Qualité :

Médecin de médecine générale / Médecin spécialiste en

(Biffer la mention inutile)

Numéro d'identification INAMI :

déclare refuser d'adhérer aux termes de l'accord national médico-mutualiste conclu le 13 décembre 2010.

Date :

Signature :

12.2. Les médecins, autres que ceux qui ont notifié, conformément aux dispositions prévues au point 12.1, leur refus d'adhésion aux termes de l'accord conclu le 13 décembre 2010 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 et particulièrement les points 9.3.2 et 9.4.2 (« conventionnement partiel ») :

12.2.1. ils appliqueront les montants d'honoraires qui y sont fixés ;

12.2.2. ils pourront ne pas appliquer les montants d'honoraires qui y sont fixés.

Cette communication doit se faire par lettre recommandée à la poste adressée à la Commission nationale médico-mutualiste, et ce à l'adresse mentionnée sous le point 12.1. La lettre comportera les mentions suivantes :

12.2.2.1. pour les médecins généralistes :

Je soussigné,

Nom et prénom(s)

Adresse complète :

Numéro d'identification INAMI :

déclare exercer mon activité professionnelle conformément aux clauses de l'accord national médico-mutualiste, conclu le 13 décembre 2010, dans les conditions de temps et de lieu suivantes :

a) consultations, rendez-vous et prestations au cabinet, en dehors des termes de l'accord, d'un maximum de trois fois par semaine par plage de maximum quatre heures continues (point 9.3.2.2 « Périodes et conditions du conventionnement partiel »)

Jours	Lieu	Heures

b) toutes les autres prestations réalisées en dehors des plages définies au point a) ci-dessus seront exercées conformément aux termes de l'accord. J'atteste sur l'honneur et je m'engage qu'elles représentent et représenteront au moins les trois quart de l'ensemble de ma pratique. Pour information, je renseigne ci-dessous les plages prédéfinies pour la dispensation de ces prestations :

Jours	Lieu	Heures

Date :

Signature

12.2.2.2. pour les médecins spécialistes :

Je soussigné,

Nom et prénom(s)

Adresse complète :

Médecin spécialiste en

Numéro d'identification INAMI :

déclare exercer mon activité professionnelle conformément aux clauses de l'accord national médico-mutualiste, conclu le 13 décembre 2010, dans les conditions de temps et de lieu suivantes :

a) consultations, rendez-vous et prestations techniques pour patients ambulatoires, en dehors des termes de l'accord, à concurrence d'un maximum de quatre fois par semaine par plage de maximum quatre heures continues (point 9.4.2.2 « Périodes et conditions du conventionnement partiel ») :

Jours	Lieu	Heures

b) toutes les autres prestations réalisées dans le cadre de l'ensemble de ma pratique seront exercées conformément aux termes de l'accord ;

c) les prestations réalisées pour les patients ambulants en dehors des plages définies au point a) ci-dessus seront donc exercées conformément aux termes de l'accord. J'atteste sur l'honneur et je m'engage qu'elles représentent et représenteront au moins la moitié de l'ensemble des prestations réalisées pour les patients ambulants dans le cadre de ma pratique complète. Je renseigne ci-dessous les plages et les lieux définis pour la dispensation de ces prestations réalisées pour les patients ambulants en respectant sur chaque site de pratique l'obligation de garantir un accès à ces prestations conformément aux termes de l'accord :

Jours	Lieu	Heures

Date :

Signature :

12.3. Tous changements ultérieurs des conditions de temps et de lieu dans lesquelles, conformément aux clauses de l'accord, les médecins visés sous le point 12.2 appliqueront les montants d'honoraires qui y sont fixés, peuvent être appliqués 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.

12.4. Les médecins n'ayant pas notifié, dans les délais fixés par la loi, leur refus d'adhérer à l'accord afficheront, visiblement pour les bénéficiaires, 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, le document qui leur sera transmis par le Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (modèle établi par celui-ci, en concertation avec le Conseil national de l'Ordre des Médecins), et qui indique qu'ils ont adhéré à l'accord ainsi que, en cas d'application du conventionnement partiel, les jours, heures et lieux des prestations auxquelles ils pourront ne pas appliquer les tarifs de cet accord, dans le respect des conditions fixées au point 9 pour le conventionnement partiel.

Fait à Bruxelles, le 13 décembre 2010 et signé le 16 décembre 2010

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

Les Représentants du banc des organismes assureurs

Annexe au point 3.6 de l'Accord national medico-Mutualiste 2011

**Procédure administrative pour l'application du tiers payant social
lors de la consultation du médecin généraliste**

La procédure administrative pour appliquer le tiers payant comporte trois étapes :

- l'identification du droit ;
- les documents à remplir et à communiquer ;
- les modalités de paiement et le suivi.

1. L'identification du droit

Pour savoir si un patient a droit au tiers payant social, trois moyens d'identification sont possibles :

- 1° la vignette dont le code titulaire se termine par « 1 »;
- 2° une attestation de la mutualité mentionnant le droit au tiers payant;
- 3° la carte SIS mentionnant une des qualités donnant droit au tiers payant.

2. Les documents à remplir et à communiquer

- Les 7 Unions de mutualités fourniront aux médecins des étiquettes reprenant une adresse d'envoi locale (la mutualité régionale) unique par Union. Cette étiquette sera à coller sur l'enveloppe regroupant les attestations de soins relatives à chaque Union.
- Les attestations de soins seront regroupées par Union mutualiste au sein d'une même enveloppe en y joignant une feuille sur laquelle seront mentionnés :
 - ✓ le nombre d'attestations de soins ;
 - ✓ le numéro de compte financier pour le versement ;
 - ✓ l'identification du médecin,
 - ✓ les date et signature.
- Plusieurs envois par mois sont possibles.
- L'enveloppe peut être envoyée par la poste ou déposée dans une boîte mutualiste.

3. Les modalités de paiement et suivi

- Le patient paie au médecin le ticket modérateur «simplifié».
- Le paiement est effectué par la mutualité au médecin au plus tard dans les 30 jours de la date de réception des attestations.
- Si le droit repris sur le document produit par le patient était incorrect, le paiement reste garanti. La Mutualité régularisera auprès du patient.
- Chaque Union communiquera au médecin un numéro régional de contact téléphonique unique pour toute demande de renseignement.
- Chaque Union s'engage à fournir au médecin les informations relatives au suivi des paiements.

Remarque : Les organismes assureurs s'engagent à communiquer pour le 30 juin 2011 à la Commission nationale médico-mutualiste les résultats de leur étude relativement à l'application de la procédure ci-avant décrite aux autres situations permettant le recours au système du tiers payant.

Entretemps, les attestations relatives à ces prestations peuvent être introduites auprès des organismes assureurs de la même manière que celle prévue au 2.