

ACCORD NATIONAL MEDICO-MUTUALISTE 2012

DU 21 DÉCEMBRE 2011

En vertu des articles 26, 50 et 51 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, la Commission nationale médico-mutualiste (ci-après CNMM), sous la présidence de M. Johan DE COCK, a conclu le 21 décembre 2011, l'accord qui suit pour l'année 2012.

1. CONTEXTE

La CNMM constate que dans le climat économique financier actuel, il importe essentiellement de préserver la sécurité tarifaire des patients. Elle accepte également de limiter au strict minimum les adaptations des honoraires et des tarifs et ce faisant de prendre sa responsabilité pour la réalisation des économies prévues. Elle insiste aussi sur la nécessité de simplifier le cadre réglementaire.

2. OBJECTIF BUDGETAIRE PARTIEL 2012

La CNMM prend connaissance du montant de l'objectif budgétaire partiel que le Gouvernement a décidé et communiqué le 12 décembre 2011 au Conseil général de l'INAMI. L'objectif budgétaire partiel a été fixé pour 2012 à 7.303.139 milliers d'euros.

L'objectif budgétaire partiel 2012 présente ainsi une hausse de 2,71 % par rapport à l'objectif 2011 et de 3,76 % par rapport aux estimations techniques de l'INAMI de septembre 2011.

3. ECONOMIES

3.1. La CNMM prend connaissance de la décision du Gouvernement de conclure un accord qui s'écarte des mesures proposées dans le cadre du budget à condition que les efforts d'économie demandés sur le plan des honoraires pour 2012 (130 millions d'euros) et sur une base annuelle (150 millions d'euros) soient garantis et que les mesures d'économie alternatives ne touchent pas les bénéficiaires.

3.2. Un groupe de travail spécial placé sous la présidence du président de la CNMM élabore des mesures structurelles alternatives et les soumettra à l'approbation de la CNMM au plus tard le 30 juin 2012. A partir de cette date, les limitations de l'indexation prévues par rapport au 2,99 % au sein du présent accord peuvent être levées, en première instance pour les prestations de l'article 2, pour la surveillance et pour les trajets de soins, pour autant que les mesures structurelles aient été publiées au Moniteur belge.

De toute manière, la limitation de l'index sera levée au 1^{er} décembre 2012 pour les prestations précitées. Les limitations d'index prévues peuvent également être levées pour autant que les mesures structurelles aient été prises par la CNMM et qu'il ait été constaté sur la base des estimations techniques de septembre 2012 qu'il y a la marge nécessaire au sein de l'objectif budgétaire partiel.

4. MESURES

Dans les limites tracées, la CNMM propose les mesures suivantes :

4.1. Mesures concernant les médecins généralistes

Les honoraires pour les prestations reprises à l'article 2 de la nomenclature ainsi que les honoraires pour les trajets de soins seront, à partir du 1^{er} janvier 2012, majorés de 1,50 % pour les médecins généralistes.

Les prestations techniques des médecins généralistes seront indexées de 1 %.

La mesure permanence et disponibilité est prolongée pour la durée de l'accord et les honoraires restent au niveau du 31 décembre 2011.

Le montant de l'allocation de pratique est fixé à 1.650 euros pour 2012, avec maintien des conditions et de la procédure prévues dans l'accord national médico-mutualiste du 13 décembre 2010.

Les montants pour les honoraires de disponibilité sont augmentés de 2,99 % pour 2012. Le montant du forfait télématique est maintenu à son niveau du 31 décembre 2011.

La CNMM prend connaissance de la décision de la Ministre d'exécuter immédiatement le dossier Impulseo III. L'incidence de cette décision se chiffre à 10,4 millions d'euros et est prévue dans l'objectif budgétaire partiel.

La réglementation relative à la prolongation de la gestion du dossier médical global (DMG) demeure inchangée en 2012. La simplification administrative de la prolongation de la gestion du DMG sera développée dans le cadre du projet MyCarenet en vue d'une instauration progressive au cours de l'année 2013. Le groupe de travail instauré à cet effet formulera des pistes dans le courant de 2012.

4.2. Mesures concernant les médecins spécialistes

Les honoraires des prestations reprises à l'article 2 et à l'article 25 de la nomenclature des prestations de santé ainsi que l'honoraire pour les trajets de soins, sont, le 1^{er} janvier 2012, majorés de 1,50 % pour les médecins spécialistes.

Cependant, pour les médecins spécialistes non accrédités, les honoraires pour surveillance et certains honoraires forfaitaires de biologie clinique et d'imagerie médicale, qui correspondent aux prestations spécifiques pour les spécialistes accrédités qui contiennent une valeur Q, sont maintenus au niveau du 31 décembre 2011.

Les montants des honoraires de disponibilité sont augmentés de 2,99 % pour 2012. Il en va de même pour les honoraires de permanence du pédiatre au service E.

Les prestations spéciales seront indexées à partir du 1^{er} janvier 2012 à concurrence de 1 % à l'exception des honoraires pour les prestations CT, les prestations de nomenclature pour la médecine d'urgence (article 25, § 3bis) et les prestations d'anesthésie reprises à l'article 12, § 1^{er}, a), qui sont maintenues au niveau du 31 décembre 2011.

Les enveloppes imagerie médicale et biologie clinique sont fixées pour l'année 2012 respectivement à 1.170.235 milliers d'euros et 1.224.314 milliers d'euros.

4.3. Promotion du conventionnement et de l'accréditation

Les mesures précitées permettent de réaliser une économie de 139,579 millions d'euros. L'économie imposée de 129,747 millions d'euros est donc largement réalisée. La différence de 9,832 millions d'euros est utilisée afin d'accroître considérablement le montant des honoraires d'accréditation forfaitaires annuels.

Pour 2012, l'intervention forfaitaire d'accréditation pour les médecins entièrement conventionnés est majoré à 1.027,81 euros ; pour les médecins partiellement et non conventionnés, l'intervention forfaitaire d'accréditation reste fixé à 593,61 euros.

Cette procédure permet de satisfaire aux aspirations de la CNMM qui souhaite promouvoir le conventionnement de médecins et rendre l'accréditation plus attractive.

5. PROGRAMME DE TRAVAIL 2012

Outre la concrétisation des mesures structurelles mentionnées au point 3, la CNMM traitera les matières suivantes.

La CNMM évaluera durant la période de l'Accord le développement des trajets de soins et fixera définitivement les modalités du transfert des données début 2012 en tenant compte de toutes les exigences sur le plan de la protection de la vie privée.

La CNMM examinera aussi l'évolution du système du tiers payant social, qui a été renforcé en 2011. Le cas échéant, elle proposera les mesures appropriées pour promouvoir l'accessibilité des soins de première ligne.

La CNMM poursuivra en 2012 la discussion sur l'organisation des postes de garde et d'autres mesures pour assurer l'aide médicale urgente en dehors des heures ouvrables classiques. Ce faisant, elle vérifiera aussi sur la base des analyses du KCE de quelle manière une collaboration plus étroite entre les postes de garde et les services d'urgence des établissements hospitaliers signifierait l'apport d'une plus-value.

Enfin, la CNMM soumettra les différences au sein des honoraires des consultations des médecins spécialistes accrédités à une analyse approfondie et formulera des propositions pour supprimer les inégalités constatées.

6. STATUT SOCIAL

Le montant du statut social pour les médecins entièrement conventionnés s'élève en 2012 à 4.324,69 euros, et pour les médecins partiellement conventionnés, à 2.127,03 euros, soit une augmentation de 2,99 %.

7. MESURES DE CORRECTION

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

8. CONDITIONS D'APPLICATION DE L'ACCORD

8.1. 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 :

8.1.1. les dispensateurs de soins conventionnés complets ;

8.1.2. les dispensateurs de soins conventionnés partiels.

8.2. Médecins généralistes

8.2.1. 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 8.3.3, les taux d'honoraires et les indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués à l'ensemble de sa pratique.

8.2.2. Les dispensateurs de soins conventionnés partiels

8.2.2.1. 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 durant les périodes et selon les conditions définies strictement au point 8.2.2.2.

Sauf durant les périodes et selon les conditions définies strictement au point 8.2.2.2, ou sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 8.2.3, les taux d'honoraires et les indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués à l'ensemble de sa pratique.

8.2.2.2. 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 :

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

8.2.2.2.2. et pour autant que le reste de sa pratique représente au moins les trois quart du total de sa pratique et soit effectué aux taux d'honoraires fixés conformément aux termes du présent accord, sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 8.2.3.

8.2.3. Exigences particulières du bénéficiaire

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

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

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

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

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

8.3. Médecins spécialistes

8.3.1. 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 8.3.3., les taux d'honoraires et les indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués à l'ensemble de sa pratique.

8.3.2. Les dispensateurs de soins conventionnés partiels

8.3.2.1. 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 durant les périodes et selon les conditions définies strictement au point 8.3.2.2.

Sauf durant les périodes et selon les conditions définies strictement au point 8.3.2.2, ou sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 8.3.3, les taux d'honoraires et les indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués à l'ensemble de sa pratique.

8.3.2.2. 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) :

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

8.3.2.2.2. 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 8.3.3, et à des heures qui conviennent normalement aux bénéficiaires de l'assurance soins de santé ;

8.3.2.2.3. et pour autant que le médecin spécialiste assure, sur chacun des sites éventuels d'exercice de sa pratique, une plage d'accès pour des prestations aux patients 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 8.3.3.

8.3.3. Exigences particulières du bénéficiaire

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

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

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

8.3.3.3. 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.

8.4. Les taux d'honoraires et d'indemnités de déplacement prévus par le présent accord sont appliqués à tous les bénéficiaires de l'assurance soins de santé, y compris les bénéficiaires qui ont droit au régime préférentiel tels que visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, à l'exception des bénéficiaires membres d'un ménage dont les revenus annuels imposables dépassent :

soit 64.917,25 euros par ménage, augmentés de 2.163,13 euros par personne à charge, lorsqu'il n'y a qu'un seul titulaire;

soit 43.277,70 euros par titulaire, augmentés 2.163,13 euros par personne à charge, lorsqu'il y a plusieurs titulaires.

8.5. Les contestations concernant le point 8 feront l'objet d'un arbitrage par un collège paritaire composé par la CNMM et présidé par un fonctionnaire de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

8.6. 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.

9. CONCILIATION DE CONTESTATIONS

La CNMM est compétente pour concilier les contestations qui peuvent surgir à propos de l'interprétation ou de l'exécution des accords. 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.

10. DUREE DE L'ACCORD

10.1. Le présent accord est conclu pour une période d'un an, à savoir du 1^{er} janvier 2012 au 31 décembre 2012.

10.2. L'accord peut être dénoncé par une des parties ou par un médecin, par lettre recommandée à la poste, adressée au président de la CNMM, dans les 30 jours qui suivent la publication au *Moniteur belge* de mesures d'économie fixées de manière unilatérale.

L'accord peut aussi être dénoncé par une des parties ou par un médecin, par lettre recommandée à la poste, adressée au président de la CNMM si, au 31 mars 2012, l'arrêté royal relatif à Impulseo III n'a pas fait l'objet d'une publication au *Moniteur belge* ou si durant la durée de l'accord des dispositions légales ou réglementaires entrent en vigueur et portent modification de la législation existante relativement aux suppléments d'honoraires.

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

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

Cette dénonciation par une des parties peut être générale ou limitée à certaines prestations ou à certains groupes de prestations et/ou à certains dispensateurs de soins concernés par les mesures d'économie. En cas de dénonciation partielle, il faut également mentionner avec précision, dans la lettre recommandée, les prestations ou groupes de prestations et/ou les dispensateurs visés. Cette dénonciation produit ses effets à la date d'entrée en vigueur des mesures de correction susmentionnées.

11. FORMALITES

11.1. 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 CNMM, 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 :

Numéro d'identification INAMI

Je soussigné,

Nom et prénom(s)

Adresse complète :

Qualité : Médecin de médecine générale / Médecin spécialiste en
(Biffer la mention inutile)

déclare refuser d'adhérer aux termes de l'accord national médico-mutualiste conclu le 21 décembre 2011.

Date :

Signature :

11.2. Les médecins, autres que ceux qui ont notifié, conformément aux dispositions prévues au point 11.1, leur refus d'adhésion aux termes de l'accord conclu le 21 décembre 2011 à la CNMM, 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 du présent accord et particulièrement les points 8.2.2. et 8.3.2. (« conventionnement partiel ») :

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

11.2.2. 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 11.1. La lettre comportera les mentions suivantes :

11.2.2.2. pour les médecins spécialistes :

Numéro d'identification INAMI

Je soussigné,

Nom et prénom(s)

Adresse complète :

Médecin spécialiste en

déclare exercer mon activité professionnelle conformément aux clauses de l'accord national médico-mutualiste, conclu le 21 décembre 2011, 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 8.3.2.2. « 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 :

11.3. Tous changements ultérieurs des conditions de temps et de lieu dans lesquelles, conformément aux clauses de l'accord, les médecins visés sous le point 11.2 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 CNMM, 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.

11.4. 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.

Fait à Bruxelles, le 21 décembre 2011.

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

Les Représentants du banc des organismes assureurs