

**ACCORD NATIONAL MEDICO-MUTUALISTE 2009–2010**

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 (dénommée ci-après CNMM), sous la Présidence de M. Johan DE COCK, a conclu le 17 décembre 2008, l'accord suivant :

**1. LIGNES DIRECTRICES DE L'ACCORD NATIONAL**

En concluant cet accord, la CNMM garantit une adaptation intégrale des honoraires à l'évolution de l'indice. Elle poursuit invariablement, d'une part les efforts consentis en matière de revalorisation et de soutien aux médecins généralistes et, d'autre part, le rééchelonnement des honoraires des médecins spécialistes. La CNMM s'engage dans des défis nouveaux à travers le développement du dossier médical global en matière de prévention, et la mise sur pied des conditions nécessaires à une organisation plus adéquate des services de garde.

Cet accord prévoit une plus grande accessibilité pour les patients, à travers non seulement plusieurs réductions du ticket modérateur mais également par l'extension du régime du tiers-payant social et une transparence accrue quant aux conditions d'application de l'accord.

La CNMM a pleinement conscience du cadre économique et budgétaire difficile. Elle prendra toutes les mesures nécessaires — le cas échéant ciblées sur les écarts de pratique non justifiés — au niveau de la nomenclature et du comportement prescripteur dans un souci d'usage rationnel des moyens de l'assurance maladie, contribuant ainsi à instaurer des soins de santé durables et accessibles.

**2. OBJECTIF BUDGETAIRE PARTIEL 2009**

La CNMM prend acte du montant de l'objectif budgétaire partiel 2009, fixé par le Conseil général à **6.745.365** milliers d'euros, dans lequel une masse d'indice de 276,348 millions d'euros est contenue ainsi qu'un montant de 50,2 millions d'euros pour de nouvelles initiatives et un montant de 29,7 millions d'euros dans le cadre du Plan cancer.

Le Conseil général a aussi convenu d'une économie à réaliser pour un montant de 13,8 millions d'euros. La CNMM engage sa responsabilité en prévoyant des mesures structurelles d'économies et des actions ciblées en réponse aux constatations des rapports d'audit permanent. De cette manière, un montant de 32,6 millions d'euros sera économisé en 2009. De ce montant, 18,8 millions d'euros peuvent être ajoutés aux moyens pour de nouvelles initiatives. Enfin, la CNMM peut aussi disposer d'un montant non affecté de 1,268 millions d'euros de la mesure N0405/07 (oncologie).

La CNMM dispose donc, en plus de la masse d'index, d'un montant de 100 millions d'euros, réservé pour 1/3 aux médecins généralistes et pour 2/3 aux médecins spécialistes.

<b>Médecins : masse disponible</b>	
<b>A) Masse d'index</b>	<b>276.348</b>
<b>B) Autres</b>	<b>100.000</b>
Nouvelles initiatives	50.195
Plan cancer	29.697
Correction gouvernement (index ou autre)	-13.817
Budget restant des projets N0405/07 et N08/GS/00	1.268
Mesures structurelles Médico-Mut	32.657
<b>Total</b>	<b>376.348</b>

**Mesures structurelles :**

La CNMM constate que pour une série de prestations, il existe de très importants dépassements budgétaires et des indications d'écart importants dans l'usage et l'usage inapproprié de celles-ci. Le Conseil technique médical (dénommé ci-après CTM) proposera sans tarder des mesures structurelles de correction pour les prestations retenues.

En attendant ces mesures, la CNMM prend les mesures suivantes, qui, le cas échéant, seront levées lors de l'entrée en vigueur des propositions du CTM.

La CNMM soutient le fait que les organes compétents imposent un respect rigoureux et univoque des dispositions concernant les prestations figurant dans la nomenclature des prestations de santé en général et des prestations retenues ici en particulier.

<b>Mesures structurelles :</b>	
N0910/23 Physiothérapie: 558994: K60 indexé=> K45 non indexé	-3.720
N0910/24 Transfusion de sang : supprimer prestation 470271-470282	-2.400
N0910/25 Désobstruction shunt Scribner : supprimer la prestation 470035-470046	-750
N0910/01 Phaco-émulsification : 246911-246923 : N505 => N475 cataracte	-2.686
N0910/01 Phaco-émulsification : 246912-246923: N505 => N475 : impact sur l'anesthésie	-11.860
N0910/02 Percutané: prestation 589411-589422: règle d'interprétation + règle d'application nomenclature	-2.752
N0910/03 Cathéter supra-pubien	-700
N0910/04 Médecine d'urgence : mesure pour une équivalence sur le fond	-7.789
P0910/01 Carboxyhémoglobine: circulaire	pm
<b>Total mesures structurelles</b>	<b>-32.657</b>

<b>En attente des mesures structurelles, les mesures suivantes sont prises à titre provisoire :</b>	
H0910/01 Physiothérapie : 558994: équivalent du N0910/23 via lettre-clé	-3.720
H0910/06 Transfusion de sang : prestation 470271-470282: lettre-clé à 0	-2.400
H0910/07 Désobstruction shunt Scribner : 470035-470046: lettre-clé à 0	-750
H0910/02 Phaco-émulsification : diminution lettre-clé 246912-246923 dans l'attente de N0910/01 (jusqu'au 31/03/2009)	-2.686
H0910/03 Anesthésie: gel de la masse d'index en anesthésie (article 12) dans l'attente de N0910/01(jusqu'au 31/03/2009)	-12.581
H0910/04 Médecine d'urgence : spécialiste appelé => équivalent à la consultation de base	190

H0910/05 Médecine d'urgence : suppléments 590855et 590833 : mettre lettre-clé à 0 en attente de N0910/04	-7.979
---	--------

### 3. HONORAIRES 2009–2010 : INDEXATION ET REVALORISATION NOMENCLATURE 2009–2010 (annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984)

La CNMM maintient sa vision qu'il est nécessaire, dans une perspective pluriannuelle, de continuer à œuvrer au soutien et au développement de la médecine générale d'une part et d'autre part à une meilleure appréciation pour certaines disciplines au sein de la médecine spécialisée connaissant une part limitée de prestations techniques sans préjudice d'adapter la nomenclature à l'évolution médicale.

Compte tenu de l'engagement pris par la CNMM, dans le cadre de l'accord 2008, de réétalonner la nomenclature des médecins spécialistes, et notamment de s'engager à ce que, pour les quatre années qui suivaient, au moins un montant identique à celui dégagé pour l'accord 2008, à savoir 29,5 millions d'euros, soit libéré pour de nouvelles initiatives dans ces secteurs, la CNMM a affecté un montant de 31 millions à des mesures de réétalonnage dans la psychiatrie, la pédiatrie, la gériatrie, la médecine interne et l'oncologie.

Cet effort sera poursuivi durant les prochaines années pour ces spécialistes et éventuellement pour d'autres spécialistes.

#### 3.1. Médecins généralistes

3.1.1. Indexation médecins généralistes	2009 Budget (milliers €)
H0910/08 Les honoraires tels qu'ils étaient fixés au 31 décembre 2008, sont indexés de façon linéaire de 4,32 % au 1 <sup>er</sup> janvier 2009.	49.411
<b>Total indexation médecins généralistes</b>	<b>49.411</b>

3.1.2. Honoraires des médecins généralistes Les mesures entrent en vigueur le 1 <sup>er</sup> janvier 2009	2009 Budget (milliers €)
H0910/09 Revalorisation de l'honoraire du DMG à 27,50 euro	3.240
H0910/17 109723 : Visite à un patient hospitalisé à l'hôpital par un médecin généraliste agréé = visite à domicile	11
<b>Total honoraires des médecins généralistes</b>	<b>3.251</b>

3.1.3. Nomenclature des médecins généralistes	2009 Budget (milliers €)
N0910/05 Groupe-cible 45-74 ans : prévention DMG + 10 euro	15.195
N0910/06	5.662

Groupe-cible 45-74 ans : prévention DMG => consultation bénéficiaire régime préférentiel pas de ticket modérateur, consultation bénéficiaire sans régime préférentiel max 3 euro de ticket modérateur	
<i>N0910/07</i> Visite du patient en hôpital psychiatrique	1.016
<b>Total Nomenclature des médecins généralistes</b>	<b>21.873</b>

<b>3.1.4. Projets des médecins généralistes</b>	<b>2009 Budget (milliers €)</b>
<i>P0910/02</i> Diminution ticket modérateur visite enfant jusqu'à 10 ans. Jusqu'à 2 X le ticket modérateur de la consultation	1.900
<i>P0910/03</i> IMPULSEO III	6.000
<i>P0910/04</i> Soutien de la pratique : seuil d'activité durant 5 ans	150
<i>P0910/05</i> Prolongation de l'expérimentation (1.302 milliers euro)	pm
<i>P0910/06</i> Poste de garde (1.500 milliers euro)	pm
<b>Total projets des médecins généralistes</b>	<b>8.050</b>

<b>3.2. MEDECINS SPECIALISTES</b>
-----------------------------------

<b>3.2.1. Indexation médecins spécialistes</b>	<b>2009 Budget (milliers €)</b>
<i>H0910/08</i> Les honoraires tels qu'ils étaient fixés au 31 décembre 2008, sont indexés de façon linéaire de 4,32 % au 1 <sup>er</sup> janvier 2009 (sauf la rubrique anesthésie, qui en attente des mesures structurelles voit s'appliquer une suspension de l'index : voir H0910/03).	226.937
<b>Total indexation médecins spécialistes</b>	<b>226.937</b>

<b>3.2.2. Honoraires des médecins spécialistes</b> Les mesures entrent en vigueur le 1 <sup>er</sup> janvier 2009	<b>2009 Budget (milliers €)</b>
<i>H0910/10</i> Psychiatrie: revalorisation surveillance en service A : +15%	4.788
<i>H0910/11</i> Psychiatrie: revalorisation surveillance en service K : +20%	764
<i>H0910/12</i>	499

Psychiatrie: ralentissement progressif surveillance en K	
<i>H0910/13</i> Pédiatrie: examen du nouveau-né : doublement	3.055
<i>H0910/14</i> Interniste : surveillance en service D + 10%	4.300
<i>H0910/15</i> Revalorisation des actes techniques pour enfants article 20d +10%	1.705
<i>H0910/16</i> Gynécologie : art. 14g +8%	2.198
<b>Total honoraires des médecins spécialistes</b>	<b>17.309</b>

<b>3.2.3. Nomenclature des médecins spécialistes</b>	<b>2009 Budget (milliers €)</b>
<i>N0910/08</i> Psychiatrie: concertation pluridisciplinaire à l'hôpital dans un service T	5.000
<i>N0910/09</i> Psychiatrie: graves troubles du comportement et/ou patients agressifs	210
<i>N0910/10</i> SP Psychogériatrie : jour 1 à 12	280
<i>N0910/11</i> Psychiatrie de liaison pour enfants : extension à tous les services	0
<i>N0910/12</i> Discussion en équipe pour la psychiatrie infanto-juvénile en ambulatoire	423
<i>N0910/13</i> Psychiatrie : accueil de crise	0
<i>N0910/14</i> Pédiatrie: permanence en service E : 240 euro	6.401
<i>N0910/15</i> Gériatrie: équipe de liaison consultation hors du service G	543
<i>N0910/16</i> Oncologie	1.811
<i>N0910/17</i> Gratuité suivi spécifique femmes à "hauts risques" – Cancer du sein	2.000
<i>N0910/18</i> Effet COM : consultation de longue durée, obligation COM, revalorisation, implication des médecins généralistes.	5.243
<i>N0910/19</i> Chirurgie: art 14e – placement et retrait de l'ECMO	74
<i>N0910/20</i> Chirurgie: art 14d - HIPEC	169

<i>N0910/21</i> Dermatologie: 532534-545, 532556-560, 532571-582 revalorisation de K30 jusqu'à K50	612
<i>N0910/22</i> Hélicobacter pylori	347
<i>N0910/23</i> Révision art. 13 soins intensifs	8.960
<i>N0910/24</i> Ophtalmologie : Art. 14h fluoangiographie digitale : à dater du 01/07/2009 (9.255 sur base annuelle)	4.628
<i>N0910/25</i> Imagerie médicale : mammographie digitalisée	8.000
<i>N0910/26</i> Dermatologie: photothérapie dynamique	520
<i>N0910/27</i> Extension indications chirurgie bariatrique	740
<i>N0910/28</i> Dossier Hépatite C	164
<i>N0910/29</i> Harmonisation des honoraires de permanence avec prestations en hôpital de jour	843
<i>N0910/30</i> Revalorisation consultation de conseil génétique	524
<b>Total nomenclature des médecins spécialistes</b>	<b>47.492</b>

<b>3.2.4. Projets des médecins spécialistes</b>	<b>2009</b> Budget (milliers €)
<i>P0910/07</i> Psychiatrie: dédoublement permanence neurologique / psychiatrique	2.025
<b>Total projets des médecins spécialistes</b>	<b>2.025</b>

<b>Total</b>	<b>376.348</b>
--------------	----------------

#### 4. PRIORITÉS POUR L'ANNÉE 2010 CONCERNANT LA NOMENCLATURE ET LES HONORAIRES

##### Généralistes :

Sur la base de l'évaluation à laquelle elle s'est engagée, la CNMM prendra une décision sur les honoraires dans le cadre de la disponibilité et des permanences le soir et sur les mesures qui étayent une organisation adéquate du service de garde des médecins généralistes.

##### Spécialistes :

Sans préjudice de l'effort lié au soutien et à la promotion de la médecine générale et du réajustement de la nomenclature, la CNMM, avec le CTM, prépareront prioritairement au cours de l'année 2009, conformément aux lignes de force du présent accord, les projets suivants et évalueront leur coût en vue d'une éventuelle entrée en vigueur en 2010, tenant compte des moyens financiers disponibles :

- revalorisation de l'acte intellectuel des neurologues et rhumatologues ;

- revalorisation des services SP psychogériatriques dans les hôpitaux généraux (jour 13 - 60) ;
- introduction de la concertation multidisciplinaire au niveau des services A ;
- introduction de l'honoraire de coordination du pédiatre en hôpital de jour ;
- actualisation de la nomenclature de la chirurgie orthopédique et de la pneumologie ;
- une révision en profondeur du système des permanences et des disponibilités au sein et pour l'hôpital ;
- revalorisation de l'indemnité du pédiatre néonatalogue pour le service NIC.

## 5. BIOLOGIE CLINIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

Concernant les enveloppes pour la biologie clinique et l'imagerie médicale, la CNMM décide de transmettre au Conseil général les propositions suivantes.

La CNMM a constaté que le nombre d'agrèments d'appareils RMN, dont il a été tenu compte lors de la fixation du budget 2008, n'a pas tout à fait été réalisé dans les faits. Pour cette raison, elle propose de revoir l'enveloppe pour l'imagerie médicale pour 2008 et de la fixer à 786 716 milliers d'euros, dont 566 664 milliers d'euros pour les prestations en ambulatoire et 220 052 milliers d'euros pour les prestations en hôpital.

Compte tenu du constat qui précède, ainsi que des mesures non exécutées en 2007 pour la biologie clinique, il est convenu, pour l'année 2009 :

- de fixer les écarts algébriques concernant l'année 2007, qui seront réglés en 2009, à 51 393 000 euros pour la biologie clinique et à 7 334 000 euros pour l'imagerie médicale ;
- de fixer les enveloppes pour la biologie clinique et l'imagerie médicale comme suit :
  - 1 187 478 000 pour la biologie clinique  
dont 589 920 000 pour les prestations en ambulatoire  
et 597 558 000 pour les prestations en hôpital ;
  - 883 567 000 pour l'imagerie médicale  
dont 615 807 000 pour les prestations en ambulatoire  
et 267 760 000 pour les prestations en hôpital.

Cela correspond à une diminution de l'objectif budgétaire partiel 2009 de 746.000 euros pour la biologie clinique et de 33.962.000 euros pour l'imagerie médicale.

Par ailleurs, la CNMM souhaite, compte tenu des résultats des discussions, dans la task force annoncée par le gouvernement, revoir le système de fixation des enveloppes et la base de calcul.

## 6. MÉDICAMENTS

La CNMM a pris connaissance de la décision du Conseil général du 13 octobre 2008 de formuler pour 2009 des objectifs concrets en matière de prescription sur le plan des médicaments « moins onéreux ». À cette occasion, la CNMM a été invitée à formuler d'éventuelles propositions alternatives, une économie de 42,5 millions d'euros devant — en tout cas — être réalisée.

La CNMM est convaincue de la nécessité de stimuler une nouvelle optimisation d'un usage rationnel des médicaments en étant attentif à la fois à l'accessibilité financière pour le patient et à la nécessaire qualité des soins.

Dans cette perspective, la CNMM souhaite, au lieu des pourcentages de prescription proposés par le Conseil général, prendre un ensemble de mesures et d'actions à l'égard de tous les médecins prescripteurs pour réaliser l'objectif visé depuis trois points de vue :

a. encourager, pour le traitement initial, la prescription des molécules les moins onéreuses.

La CNMM constate que la part des médicaments les moins onéreux est actuellement de 42 % du nombre total de DDD. La CNMM s'engage à ce que cette part soit augmentée.

Afin d'entreprendre de nouvelles démarches sur ce plan, sans déroger à la qualité des soins ou des besoins thérapeutiques, la CNMM propose de se concentrer en premier lieu sur les traitements initiaux, qu'ils soient entamés par un médecin généraliste ou un médecin spécialiste. De cette manière, il n'est pas nécessaire de modifier les traitements en cours.

Les médecins qui adhèrent à cet accord s'engagent, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2009, à l'initiation des traitements avec une spécialité pharmaceutique appartenant aux 6 groupes suivants :

- IPP (AO2BC)
- Inhibiteurs de l'ECA et sartans (CO9)
- Statines (C10AA)
- Fluconazole et Itraconazole (JO2AC)
- AINS (MO1A)
- ISRS (NO6AB)

en principe et dans au moins 8 cas sur 10, à débiter avec une des molécules la moins onéreuse d'un groupe (cf. annexe 1) pour autant qu'il n'existe pas de contre-indication et que les objectifs thérapeutiques soient atteints. À cet égard, sont recommandées en priorité les spécialités pour lesquelles aucun supplément ne peut être porté à charge des patients ou les prescriptions mentionnant la DCI.

Les médecins qui adhèrent à l'accord s'engagent également à recommander une des molécules la moins onéreuse à leurs collègues médecins généralistes et médecins spécialistes dans l'optique de démarrer un traitement au moyen d'une spécialité pharmaceutique appartenant à un des six groupes ci-avant cités.

Dans le courant du premier trimestre, la CNMM organisera un feed-back individuel. Par ailleurs, la CNMM charge les commissions de profils concernées d'organiser un monitoring permanent et invite les GLEM à mener la concertation nécessaire à ce sujet.

Dans le courant du quatrième trimestre, la CNMM effectuera une première évaluation. La CNMM s'engage à prendre des mesures complémentaires si les objectifs fixés n'étaient pas ou étaient insuffisamment atteints.

b. réduire un volume trop élevé injustifié de médicaments prescrits par certains dispensateurs de soins.

La CNMM a pris connaissance d'une analyse calculant pour différentes classes de médicaments le rapport entre les DDD de la classe par patient du groupe d'âge + 50 ans. À ce sujet, on a constaté que pour les neuf classes sélectionnées mentionnées en annexe 2, près de 2.500 prescripteurs dans plus de deux classes et près de 1.400 prescripteurs dans plus de trois classes se situent dans le 10<sup>e</sup> décile (P90).

La CNMM propose que les commissions de profils concernées écrivent aux médecins en question et les invitent à fournir les éclaircissements nécessaires.

La CNMM s'engage à prendre des mesures complémentaires si les objectifs fixés n'étaient pas ou étaient insuffisamment atteints.

c. développer des initiatives e.a. en matière de compliance thérapeutique, de polymédication, et d'autres indicateurs.

La CNMM charge le Comité d'évaluation des pratiques médicales en matière de médicaments de développer une série d'indicateurs en matière de prescription de qualité. Ces indicateurs ont pour objet de mener des actions pour la qualité dans divers domaines. Pour ce faire, il est possible de prendre comme point de départ les analyses du *Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik*.

De même, la CNMM entamera la concertation en collaboration avec les représentants des organisations représentatives des pharmaciens. Cette concertation médico-pharmaceutique sera organisée au sein des GLEM ou des cercles sur des problèmes tels que la compliance thérapeutique, la polymédication, l'application concrète de la prescription sous le nom du principe actif au niveau local, la mise au point d'un dossier pharmaceutique, le gestion du risque ... Cette concertation sera appuyée par l'INAMI. La concertation médico-pharmaceutique sera accompagnée par un groupe de direction composé d'un nombre égal de représentants de médecins, pharmaciens, et organismes assureurs. La CNMM estime qu'une attention prioritaire doit être accordée à l'usage rationnel de médicaments dans les MRPA/MRS.

## **7. DOSSIER MEDICAL GLOBAL**

La mission préventive du médecin généraliste et le développement et la promotion du dossier médical global

**7.1.** La CNMM renforce et étend sa politique relative au dossier médical global. La CNMM veut soutenir le rôle central du médecin généraliste en matière de prévention et faire intervenir le dossier médical global comme outil de prévention central : elle élaborera à cet effet une proposition intégrée pour le 1<sup>er</sup> juillet 2009. Un montant total de 24,097 millions d'euros est prévu pour ces mesures.

### **7.2. Renforcement et extension du DMG**

#### **7.2.1. Honoraires pour le DMG**

À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2009, les honoraires pour le dossier médical global (codes 102771 et 102793) sont portés à 27,5 euros (coût supplémentaire de 3,240 millions d'euros).

#### **7.2.2. Attestation et paiement plus souple des honoraires DMG**

Afin de réduire au maximum le seuil pour l'attestation du DMG tant pour le patient que pour le médecin généraliste, la CNMM charge un groupe de travail de formuler des propositions concernant l'extension et le renforcement du système du tiers payant social, le transfert électronique des données de facturation et le paiement plus rapide des organismes assureurs aux médecins généralistes.

La CNMM élaborera une proposition sur la base de laquelle le règlement relatif à la prolongation du DMG s'adapte à un système de prolongation plus automatique en vue d'un paiement plus souple des honoraires pour la prolongation de la gestion du DMG.

### **7.3. Le rôle du médecin généraliste dans les soins de santé préventifs**

#### **7.3.1. Objectifs prioritaires et budget**

Pour promouvoir le rôle préventif du médecin généraliste, un montant de 20,857 millions d'euros est disponible sur base annuelle. La CNMM fixera les objectifs prioritaires dans ce cadre budgétaire. Parmi ces objectifs, citons uniquement à titre d'exemples, la vaccination contre la grippe chez les personnes âgées de plus de 65 ans et les maladies chroniques, le dépistage du cancer colorectal chez des patients âgés entre 50 et 74 ans, le dépistage des facteurs de risques cardiovasculaires, l'entretien sur le tabagisme et les conseils en matière d'arrêt de consommation de tabac...

#### **7.3.2. Organisation pratique du rôle du médecin généraliste dans le cadre des soins préventifs au niveau de l'état de santé de son patient**

Le CTM développera les modalités d'un module de prévention destiné au médecin généraliste qui comprennent les éléments suivants :

- le lancement du module de prévention entre le médecin généraliste et son patient ;
- la gestion du module ;
- la durée du module ;
- la poursuite de l'application du module après la première année.

Le CTM développera ces modalités en vue de son implémentation dans le dossier médical électronique, sans que cela ne mette en péril l'utilisation du module par des médecins généralistes non informatisés.

Le Conseil national de promotion de la qualité (CNPQ) rédigera des recommandations en ce qui concerne les objectifs préventifs mesurables qui seront prévus pour chaque groupe cible.

Enfin, la réglementation précisera les implications du lancement et de la prolongation d'un module de prévention pour l'ouverture et la prolongation de la gestion du dossier médical global.

La CNMM développera des mesures supplémentaires pour l'utilisation du dossier médical électronique. Elle insiste auprès du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement pour qu'il entame au premier semestre 2009 l'enregistrement des pratiques de groupe de médecins généralistes de sorte que les « primes » puissent également être accordés dans le cadre du module de prévention ainsi que des trajets

de soins lorsqu'un patient fait appel à un médecin généraliste de la pratique de groupe autre que le médecin généraliste qui gère son dossier médical global.

### 7.3.3. Honoraires pour le médecin généraliste

Le médecin généraliste qui communique à l'organisme assureur le lancement d'un module de prévention avec son patient qui possède un DMG recevra tous les ans de cet organisme assureur au moyen d'un code spécifique, des honoraires de prévention forfaitaires qui est fixé en 2009 à un montant de 10 euros à titre d'honoraires supplémentaires aux honoraires de gestion du dossier médical global.

Conformément à la nomenclature existante relative au dossier médical global, le CTM élabore une proposition intégrée suivant laquelle :

- le paiement des premiers honoraires de prévention forfaitaires sera subordonné à la communication à l'organisme assureur du lancement du module de prévention ;
- les honoraires de prévention forfaitaires pour les 2 années suivantes seront payés automatiquement par l'organisme assureur ;
- les honoraires forfaitaires pour l'année suivante seront payés après réception par l'organisme assureur de la mise à jour du module de prévention.

À cet effet, des données relatives aux activités effectuées dans le cadre du module de prévention seront collectées de la manière déterminée par la CNMM.

### 7.3.4. Encouragement pour le patient

Le bénéficiaire qui conclut un module de prévention avec son médecin généraliste maintient en tout cas, pour la durée d'application du module, le droit à la réduction du ticket modérateur. Ceci vaut pour les patients ayant un dossier médical global dans le cadre des consultations et des visites à domicile par leur médecin généraliste et le/les médecin(s) généraliste(s) qui collabore(nt) avec lui.

Ces réductions du ticket modérateur aux consultations consistent en un remboursement complet pour les bénéficiaires d'une intervention majorée de l'assurance et une réduction jusqu'à 3 euros pour les autres bénéficiaires.

### 7.3.5. Évaluation

La CNMM développera un système d'évaluation grâce auquel, à l'instar du système proposé pour l'évaluation des trajets de soins, les principaux objectifs de prévention mesurables seront enregistrés, de sorte que l'évaluation de l'action de prévention des médecins généralistes puisse être organisée à différents niveaux, y compris celui de la CNMM et des GLEM. À cet effet, des données relatives aux activités effectuées dans le cadre du module de prévention seront collectées de la manière déterminée par la CNMM.

## 8. SOUTIEN DE LA PRATIQUE DE LA MEDECINE GENERALE

**8.1.** 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 2009 à 1.043 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 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.

A partir de 2010, le montant de cette intervention est adapté à l'index de manière identique aux honoraires.

### 8.2. Fonds d'impulsion pour la médecine générale

**8.2.1.** Sur la base de son évaluation, la CNMM formulera des propositions en vue d'affiner la réglementation existante élaborée dans le cadre du Fonds d'impulsion pour la médecine générale afin de promouvoir l'*installation* de médecins généralistes récemment agréés d'une part et de médecins généralistes agréés

dans des zones qui ressortissent de la politique des grandes villes ou dans des zones à faible densité médicale d'autre part.

**8.2.2.** Intervention dans le coût salarial d'un employé qui assiste le médecin généraliste dans l'organisation et l'accueil de sa pratique.

**8.2.2.1.** La CNMM préparera, sur la base de l'article 36*duodecies* de la loi SSI, instauré par la loi du 24 juillet 2008, une proposition de système d'intervention dans la charge salariale d'*employés* qui assistent les médecins généralistes dans *l'organisation administrative et l'accueil dans leur pratique*. L'intervention annuelle maximale dans la charge salariale est calculée en fonction du nombre de médecins généralistes pour lesquels l'employé travaille, que ces médecins généralistes travaillent en solo ou en regroupement, de la durée hebdomadaire de l'occupation et du nombre de dossiers médicaux globaux (DMG) gérés. La CNMM émettra avant le 31 mars 2009 un avis sur les modalités concrètes de ce système d'intervention et sur les mesures de transition pour les médecins généralistes qui pour l'année 2007 avaient déjà droit à une intervention dans la charge salariale de leur employé.

**8.2.2.2.** La réglementation produira ses effets à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009 et concernera les salaires qui ont été pris en charge à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008.

**8.2.3.** Soutien financier des médecins généralistes qui échangent des données dans le cadre de leur collaboration

La CNMM développera un système de soutien financier pour les médecins généralistes qui *échangent des données* relatives à leurs patients en exécution d'un *accord de coopération* mutuel. L'intervention portera sur l'installation et la mise en service de matériel informatique d'une part et sur son utilisation fonctionnelle d'autre part.

## **9. DES SERVICES DE GARDE DE MEDECINE GENERALE ORIENTES VERS L'AVENIR**

**9.1.** La CNMM poursuivra à l'avenir ses efforts visant à soutenir des services de garde de médecine générale performants.

**9.2.** La CNMM attache une grande importance à l'apport des cercles de médecins généralistes afin d'offrir à la population des services de haute qualité dans le cadre des services de garde. La CNMM encourage les initiatives des cercles, désireux de garantir ces services, en optimisant – dans le cadre de la réglementation existante sur l'organisation des services de garde – la contribution des médecins généralistes disponibles pour le service de garde, et en renforçant l'accessibilité aux patients. Un montant de 1.500.000 euros est disponible à charge du budget des frais d'administration de l'INAMI en 2009 pour ces initiatives, qu'il convient d'ajouter aux moyens financiers déjà disponibles pour les postes de garde de médecins généralistes dans les grandes villes et à l'extérieur de celles-ci (à concurrence de 5.100.000 euros).

La CNMM élaborera également un système par lequel les honoraires de disponibilité dus pour une zone de médecine générale déterminée pourront être utilisés par le cercle de médecins généralistes et être redistribués en vue d'honorer dûment les médecins généralistes qui participent à des formes d'organisation innovantes comme celles qui sont précitées.

**9.3.** Afin de rester cohérente par rapport à ses autres instruments stratégiques en matière de permanence, de disponibilité et de soutien aux services de garde, et en tenant compte des résultats obtenus suite à l'évaluation des expériences en cours, la CNMM fixera, dans le courant de l'année 2009, les orientations de base visant un financement plus structurel des postes de garde de médecins généralistes – y compris ceux établis dans les grandes villes – afin d'implémenter le nouveau système dans le courant de 2010.

**9.4.** La CNMM développera sa politique de soutien aux services de garde de médecine générale conformément au Conseil fédéral des cercles de médecins généralistes.

## 10. TRAJETS DE SOINS

**10.1.** La CNMM confirme l'entrée en vigueur du système des trajets de soins au 1<sup>er</sup> avril 2009.

**10.2.** Les organisations professionnelles représentatives des médecins et des organismes assureurs s'engagent à un partenariat actif pour mener ensemble avec l'INAMI une large campagne d'information et de communication relativement aux trajets de soins.

**10.3.** Dans l'optique d'une entrée en vigueur harmonieuse au 1<sup>er</sup> avril 2009, la CNMM, durant le premier trimestre :

- fixera les critères d'inclusion des patients avec insuffisance rénale chronique ;
- présentera au Comité de l'assurance soins de santé de l'INAMI un projet de contrat de trajets de soins pour les patients avec diabète type 2 et les patients avec insuffisance rénale chronique ;
- formulera des propositions pour l'optimisation de l'accès à des médicaments spécifiques pour les patients dotés d'un trajet de soins pour insuffisance rénale chronique;
- développera, en concertation avec le Conseil d'accord élargi en matière d'autorégulation du diabète et la Commission de convention praticiens de l'art infirmier – organismes assureurs, un système par lequel les patients diabétiques auront accès au matériel d'autocontrôle et à l'éducation au diabète ;
- développera via le groupe de travail "trajets de soins" de la CNMM un modèle pour la collecte des données relative à l'évaluation des trajets de soins.

## 11. PERMANENCE ET DISPONIBILITE

### 11.1. Médecins généralistes

La CNMM décide de prolonger jusqu' à la fin de l'année 2009 l'expérience mise en place par le point 11 de l'accord 2008.

Durant le second semestre de l'année 2009, la CNMM évaluera l'effet des mesures liées à cette expérience à la lumière des données disponibles. Cette évaluation passera en revue différents éléments: spécificités de la pratique, répartition géographique, caractéristiques des patients, quote-part relative des prestations en soirée pendant les gardes et en dehors de celles-ci, quote-part relative des prestations de jour, de soirée et de nuit, ... Sur base des conclusions de cette évaluation, la CNMM fixera, avant le fin de l'année 2009 et dans le cadre des moyens disponibles, les orientations futures tant du supplément de garde que du supplément de permanence.

### 11.2. Disponibilité des médecins spécialistes

L'arrêté royal du 29 avril 2008 réglant les honoraires de disponibilité des médecins spécialistes dans les hôpitaux sera précisé. Lorsqu'un médecin spécialiste est simultanément disponible pour plusieurs hôpitaux au cours d'un jour férié légal ou d'un week-end, les honoraires de disponibilité ne peuvent être payés qu'à un seul hôpital/conseil médical. Dans ce cas, les médecins en chef des hôpitaux concernés doivent se concerter afin de savoir lequel attestera les honoraires.

En outre, la CNMM préparera une révision globale du système des permanences et des disponibilités au sein et pour l'hôpital.

## 12. SIMPLIFICATION ADMINISTRATIVE ET INFORMATISATION

**12.1.** Dans le cadre de la simplification administrative et de l'informatisation, la CNMM entreprendra les actions suivantes :

- la consultation et le téléchargement via INTERNET de formulaires officiels standardisés de demande de remboursement Chapitre IV ;

- la simplification de la prescription de médicaments pour les malades chroniques de sorte que les différents conditionnements d'une même spécialité puissent figurer sur la même prescription ;
- la poursuite du développement du dossier d'accréditation informatisé ;
- le développement d'un module d'informatique permettant aux médecins de consulter et de modifier leurs données de contacts ;
- la communication online des feedbacks aux médecins relatifs à leur comportement prescripteur de médicaments ;
- le développement d'une procédure électronique en vue des élections médicales de 2010 ;
- la création d'un système informatisé pour l'application du tiers payant social ;
- le démarrage des travaux devant conduire à la suppression des documents de facturation papier pour les prestations ambulatoires de biologie clinique et les conseils médicaux ;

**12.2.** La CNMM souhaite collaborer de manière active et constructive au succès de la plate forme e-Health et à l'asbl E-care. Elle insiste pour qu'au moment de l'échange de données médicales, les garanties nécessaires soient fournies sur le plan de la protection de la vie privée et du respect de la déontologie médicale. Elle estime qu'il n'est pas conseillé d'imposer des mesures contraignantes au cours de l'accord.

**12.3.** La CNMM insiste auprès du CTM afin que la nomenclature soit adaptée visant à étendre les possibilités de prescription électronique de prescriptions médicales.

**12.4.** La CNMM poursuivra ses travaux au sein d'un planning global au niveau de l'INAMI concernant :

- une communication électronique sécurisée de données médicales, administratives et sociales règlementairement exigées ou de documents entre les médecins et les (médecins conseils des) organismes assureurs (par exemple Chapitre IV - médicaments) ;
- facturation électronique de prestations ambulatoires en application du régime du tiers payant. La possibilité sera examinée pour également permettre l'application du régime du tiers payant via la facturation électronique pour les prestations qui sont actuellement exclues.
- en accord avec les représentants des pharmaciens autoriser la prescription électronique de médicaments dans et en dehors de l'hôpital.

**12.5.** La CNMM souhaite aussi soutenir des projets pilotes qui permettent une application de la télémédecine et du télémonitoring entre autres dans le cadre des trajets de soins.

**12.6.** La CNMM insiste finalement pour que l'INAMI dans le cadre du réseau d'établissements publics de sécurité sociale prenne des initiatives afin de simplifier les formulaires et attestations dans le secteur des accidents de travail, des maladies professionnelles et intervention patients handicapés et d'éviter le double emploi.

### **13. STATUT SOCIAL**

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

**13.1.1.** le montant du statut social pour l'année 2009 fixé à 4.103,00 euros les médecins qui sont réputés de plein droit avoir adhéré au présent accord pour leur activité professionnelle complète;

**13.1.2.** le montant du statut social pour l'année 2009 est fixé à 2.018,00 euros 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, et particulièrement aux dispositions du point 18, ils pourront ne pas appliquer les montants d'honoraires qui y sont fixés.

**13.2.** La CNMM propose que les périodes d'interruption de travail que sont l'incapacité de travail et le congé de maternité soient assimilées à des périodes d'activité.

### **14. ACCESSIBILITE DU PATIENT**

**14.1.** 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.

#### **14.2. Tiers-payant social**

En vue d'assurer une accessibilité optimale aux soins à certains groupes d'assurés, le régime du tiers payant, prévu dans l'AR du 10 octobre 1986, sera appliqué à partir de la mi-2009 pour les honoraires concernant le dossier médical global, avec et sans module de prévention, demandé par le patient ainsi que pour les honoraires dans le cadre des trajets de soins.

Les organismes assureurs s'engagent à développer une procédure commune et simple afin d'assurer un paiement rapide des honoraires dus.

À terme, cette procédure sera intégrée dans le cadre du projet My Carenet.

#### **14.3. Chirurgie robotique**

La CNMM insiste pour que le Conseil technique des implants transmette au Comité de l'assurance, pour avant la fin du premier trimestre au plus tard, une proposition de remboursement du matériel de chirurgie du robot pour la prostatectomie radicale.

**14.4.** Tenant compte de la situation économique globale à laquelle le pays est confronté, la CNMM appelle les médecins qui n'ont pas adhéré aux termes de l'accord à prendre en considération la situation financière de l'ayant-droit lors de la fixation de leurs tarifs d'honoraires ou de leurs modalités de payement.

### **15. MESURES DE CORRECTION**

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

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

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

**15.3.** adaptation des mécanismes de remboursements dans le cas de prestations bien déterminées dont il serait prouvé, de façon précise et sur base d'analyses objectives, qu'elles font l'objet d'un usage abusif et injustifié;

**15.4.** promotion d'une demande et d'un usage responsable des prestations de santé par l'information, le "pilotage" et la couverture équilibrée par l'assurance des prestations exécutées chez les patients ambulants et hospitalisés;

**15.5.** et/ou diminution proportionnelle et sélective des honoraires de certaines prestations diagnostiques qui seront précisées par la CNMM 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<sup>er</sup>, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, et conformément à l'esprit de la loi, les dispositions de l'article 51, § 2, de ladite loi ne peuvent être appliquées que si un dialogue et une concertation ont eu lieu au préalable entre le Ministre et la CNMM.

### **16. RECOMMANDATIONS A L'AUTORITE**

**16.1.** La CNMM prend acte de l'intention du Ministre de tutelle afin de rechercher une solution respectant les principes généraux de droit pour les problèmes de parking des médecins généralistes dans le cadre des visites à domicile.

**16.2.** La CNMM prend acte des engagements du Ministre de tutelle afin d'associer les partenaires lors des discussions relative à la réforme de la responsabilité civile sans faute

**16.3.** La CNMM propose à l'Autorité de tutelle d'intégrer la réglementation existante en matière de Fonds d'impulsion pour la médecine générale, telle que reproduite dans l'arrêté royal du 15 septembre 2006, ainsi que la réglementation élaborée en exécution du présent accord, dans un nouvel arrêté royal coordonné, pris en exécution de l'article 36<sup>duodecies</sup> de la loi SSI.

**16.4.** La CNMM recommande à l'Autorité de tutelle de placer les moyens financiers pour les interventions forfaitaires de dialyse dans les honoraires des médecins.

**16.5.** La CNMM insiste auprès de l'Autorité de tutelle pour que les matières des articles 152 et 153 de la Loi sur les hôpitaux soient réglées au sein de la législation SSI.

## **17. CONCERTATION**

**17.1.** La CNMM entend participer au lancement d'une concertation médico-pharmaceutique, qui permettrait de stimuler une prescription et une utilisation plus efficiente des médicaments et une meilleure compliance thérapeutique ainsi que la mise sur pied d'une meilleure gestion de risques de façon à obtenir un résultat thérapeutique plus optimal. Pour y arriver, une représentation équitable de toutes les parties est primordiale.

**17.2.** Les partenaires de la CNMM, en vue de formuler des propositions au Comité de l'assurance dans le cadre des budgets 2010 et 2011, se concerteront sur base régulière.

**17.3** La CNMM confirme la mission entamée dans le cadre du précédent Accord de développer le rôle du médecin coordonnateur et conseiller dans le cadre de la dispensation des soins pour les résidents en MRPA, MRS et centres de court séjour et de soins de jour en concertation avec les partenaires que sont les commissions de conventions, le SPF Santé publique et les Communautés et régions et de maintenir l'accent sur la nécessité de privilégier une concertation harmonieuse avec les médecins généralistes qui traitent ces résidents.

## **18. CONDITIONS D'APPLICATION DE L'ACCORD**

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

La CNMM 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.

**18.2.** Dans le cadre des conditions d'application de l'accord, on distingue deux catégories de prestataires tant pour les Médecins de médecine générale que pour les médecins spécialistes :

**18.2.1.** les conventionnés complets,

**18.2.2.** les conventionnés partiels.

<b>18.3. Médecins de médecine générale</b>
--

**18.3.1.** Les conventionnés complets

Le médecin de médecine générale conventionné complet est le médecin de médecine générale 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 18.3.3., les taux d'honoraires et les indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués à l'ensemble de sa pratique.

**18.3.2.** Les conventionnés partiels

**18.3.2.1.** Définition et tarifs applicables

Le médecin de médecine générale conventionné partiel est le médecin de médecine générale qui soumet la totalité de sa pratique aux conditions du présent accord, sauf, au maximum, durant les périodes et selon les conditions définies strictement ci-dessous aux points 18.3.2.2.

Sauf, au maximum, durant les périodes et selon les conditions définies strictement ci-dessous aux points 18.3.2.2., ou sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 18.3.3, les taux d'honoraires et les indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués à l'ensemble de sa pratique.

#### **18.3.2.2. Périodes et conditions du conventionnement partiel**

Le médecin 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 :

**18.3.2.2.1.** un maximum de trois fois par semaine par plage de maximum quatre heures continues

**18.3.2.2.2.** 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 18.3.3.

#### **18.3.3. Exigences particulières du bénéficiaire**

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

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

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

**18.3.3.3.** 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 ;

**18.3.3.4.** Les consultations réalisées à la demande expresse du patient après 21h ou les samedis, dimanche 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.

**18.3.3.5.** 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.

**18.3.3.6.** Conformément à l'article 8 de la Loi du 26 septembre 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.

### **18.4. Médecins spécialistes**

#### **18.4.1. Les 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 18.4.3., les taux d'honoraires et les indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués à l'ensemble de sa pratique.

#### **18.4.2. Les conventionnés partiels**

##### **18.4.2.1. 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 ci-dessous aux points 18.4.2.2.

Sauf, au maximum, durant les périodes et selon les conditions définies strictement ci-dessous aux points 18.4.2.2., ou sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 18.4.3, les taux d'honoraires et les indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués à l'ensemble de sa pratique.

#### **18.4.2.2. Périodes et conditions du conventionnement partiel**

Le médecin 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) :

**18.4.2.2.1.** organisés durant un maximum de quatre fois par semaine par plage de maximum quatre heures continues

**18.4.2.2.2.** 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 18.4.3, et à des heures qui conviennent normalement aux bénéficiaires de l'assurance soins de santé.

**18.4.2.2.3.** et pour autant que le médecin 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 18.4.3.

#### **18.4.3. Exigences particulières du bénéficiaire**

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

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

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

**18.4.3.3.** les prestations aux patients ambulants réalisées à la demande expresse du patient après 21h ou les samedis, dimanche 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.

**18.4.3.4.** 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

**18.4.3.5.** Conformément à l'article 8 de la Loi du 26 septembre 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.

**18.5.** 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 60.804,41 euros par ménage, augmentés de 2.026,08 euros par personne à charge, lorsqu'il n'y a qu'un seul titulaire;

soit 40.535,83 euros par titulaire, augmentés de 2.026,08 euros par personne à charge, lorsqu'il y a plusieurs titulaires.

**18.6.** Les contestations concernant le point 18 feront l'objet d'un arbitrage par un collège paritaire composé par la CNMM et présidé par un fonctionnaire de l'INAMI.

## **18.7. 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, pour autant que de besoin, une adaptation de la Loi AMI 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.

## **19. CONCILIATION DE CONTESTATIONS DUREE DE L'ACCORD**

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 après avoir pris l'avis du CTM.

## **20. DUREE DE L'ACCORD**

**20.1.** Le présent accord est conclu pour une période de deux ans (soit du 1<sup>er</sup> janvier 2009 au 31 décembre 2010).

**20.2.** L'accord peut être dénoncé, par lettre motivée recommandée à la poste, adressée au Président de la CNMM:

**20.2.1.** par une des parties :

**20.2.1.1.** avant le 1<sup>er</sup> décembre 2009 si elle estime que les moyens financiers complémentaires octroyés pour l'année budgétaire qui suit, ne sont manifestement pas suffisants pour garantir la bonne exécution de l'accord.

Sans préjudice du point 20.2.1.4., cette dénonciation motivée et apportant la preuve du caractère manifeste de l'insuffisance des moyens, produit ses effets au 1<sup>er</sup> janvier 2010.

**20.2.1.2.** dans les 30 jours suivant la publication au Moniteur Belge, de mesures de corrections visées au § 8 de l'article 50 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ou dans les 30 jours après que le Ministre 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 coordonnée du 14 juillet 1994. En cas de dénonciation partielle, la lettre recommandée contiendra aussi les références précises des prestations ou groupes de prestations et/ou des dispensateurs qui sont visés.

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

**20.2.1.3.** Les dispositions du présent accord s'appliquent à toutes les prestations qui sont reprises à la nomenclature des prestations de santé le 31 décembre 2008. Si la nomenclature ainsi décrite est modifiée unilatéralement par l'Autorité en 2009 ou 2010, l'accord n'est plus d'application pour les dispositions modifiées de la nomenclature à partir de la date d'entrée en vigueur de cette modification, sauf si cette modification a obtenu l'approbation de la CNMM.

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

**20.2.1.5.** 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.

**20.2.2.** par un médecin :

**20.2.2.1.** avant le 1<sup>er</sup> novembre 2009.

Cette dénonciation produit ses effets au 1<sup>er</sup> janvier 2010.

**20.2.2.2.** dans les 30 jours suivant la publication au *Moniteur belge*, de mesures de corrections visées au § 8 de l'article 50 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ou dans les 30 jours après que le Ministre 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 coordonnée du 14 juillet 1994. En cas de dénonciation partielle, la lettre recommandée contiendra aussi les références précises des prestations ou groupes de prestations et/ou des dispensateurs qui sont visés.

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

## 21. FORMALITES

**21.1.** Les médecins qui refusent d'adhérer aux termes du présent accord notifient leur refus, dans les trente jours qui suivent la publication de cet accord au *Moniteur belge*, par lettre recommandée à la Poste, adressée à la Commission nationale médico-mutualiste, dont le siège est établi au Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, avenue de Tervueren 211, à 1150 Bruxelles.

Cette lettre comportera les mentions suivantes :

Je soussigné,

Nom et prénoms :

Adresse complète :

Qualité :

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

Numéro d'identification I.N.A.M.I. :

déclare refuser d'adhérer aux termes de l'accord national médico-mutualiste, conclu le 17 décembre 2008.

Date :

Signature :

**21.2.** Les médecins, autres que ceux qui ont notifié, conformément aux dispositions prévues sous 21.1., leur refus d'adhésion aux termes de l'accord conclu le 17 décembre 2008 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 dudit accord et particulièrement les points 18.3.2. et 18.4.2. (« conventionnement partiel ») :

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

**21.2.2.** 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 CNMM, et ce à l'adresse mentionnée sous 21.1. La lettre comportera les mentions suivantes :

**21.2.2.1.** pour les médecins de médecine générale :

Je soussigné,

Nom et prénoms :

Adresse complète :

Numéro d'identification I.N.A.M.I. :

déclare exercer mon activité professionnelle conformément aux clauses de l'accord national médico-mutualiste, conclu le 17 décembre 2008, dans les conditions de temps et de lieu suivantes :

a) consultations, rendez-vous et prestations au cabinet, en dehors termes de l'accord, d'un maximum de trois fois par semaine par plage de maximum quatre heures continues (point 18.3.2.2. « 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 :

**21.2.2.2.** pour les médecins spécialistes :

Je soussigné,

Nom et prénoms :

Adresse complète :

Médecin spécialiste en :

Numéro d'identification I.N.A.M.I. :

déclare exercer mon activité professionnelle conformément aux clauses de l'accord national médico-mutualiste, conclu le 17 décembre 2008, 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 18.4.2.2. 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 :

**21.3.** Tous changements ultérieurs des conditions de temps et de lieu dans lesquelles, conformément aux clauses de l'accord, les médecins visés sous 21.2. 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.

**21.4.** 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'I.N.A.M.I. (modèle établi par celui-ci, en consultation 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 18 pour le conventionnement partiel.

\*\*\*\*\*

Fait à Bruxelles, le 17 décembre 2008

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

Les Représentants du banc des organismes assureurs

**ANNEXE 1 : Nouveaux patients - détail des traitements des 6 classes**

**1. Inhibiteurs de la pompe à protons**

Au sein de cette classe, les nouveaux patients recevaient des traitements répartis de la façon suivante (répartition sur base du volume en DDD) :

code_atc	Dénomination de la molécule	Dénomination de la spécialité la plus prescrite	% du volume des nouveaux patients	Coût INAMI/DDD
A02BC01	OMEPRAZOLE	OMEPRAZOLE MYLAN 20 mg	73%	0,48
A02BC02	PANTOPRAZOLE	PANTOZOL	14%	1,45
A02BC03	LANSOPRAZOLE	DAKAR	3%	0,51
A02BC04	RABEPRAZOLE	PARIET	1%	1,06
A02BC05	ESOMEPRAZOLE	NEXIAM 20 mg	8%	0,94

Pour cette classe, la molécule la moins onéreuse (Coût INAMI/DDD) est l'oméprazole.

**2. Produits actifs sur le système renine-angiotensine**

Au sein de cette classe, les nouveaux patients recevaient des traitements répartis de la façon suivante (répartition sur base du volume en DDD) :

code_atc	Dénomination de la molécule	Dénomination de la spécialité la plus prescrite	% du volume des nouveaux patients	Coût INAMI/DDD
C09AA01	CAPTOPRIL	CAPOTEN	1%	0,28
C09AA02	ENALAPRIL	RENITEC	1%	0,10
C09AA03	LISINOPRIL	ZESTRIL	22%	0,16
C09AA04	PERINDOPRIL	COVERSYL	19%	0,32
C09AA05	RAMIPRIL	TRITACE 10 mg	25%	0,14
C09AA06	QUINAPRIL	ACCUPRIL 20 mg	1%	0,21
C09AA07	BENAZEPRIL	CIBACEN	0%	0,50
C09AA08	CILAZAPRIL	INHIBACE	0%	0,28
C09AA09	FOSINOPRIL	FOSINIL	0%	0,56
C09BA02	ENALAPRIL ET DIURETIQUES	CO-RENITEC	0%	0,19
C09BA03	LISINOPRIL ET DIURETIQUES	ZESTORETIC	3%	0,34
C09BA04	PERINDOPRIL ET DIURETIQUES	PRETERAX	5%	0,68
C09BA05	RAMIPRIL ET DIURETIQUES	TRITAZIDE	0%	0,39
C09BA06	QUINAPRIL ET DIURETIQUES	ACCURETIC	0%	0,35
C09BA08	CILAZAPRIL ET DIURETIQUES	CO-INHIBACE	0%	0,76
C09BB05	RAMIPRIL ET FELODIPINE	TAZKO 5 mg	1%	0,46
C09CA01	LOSARTAN	COZAAR	2%	0,58
C09CA02	EPROSARTAN	TEVETEN 600	1%	0,56
C09CA03	VALSARTAN	DIOVANE 160	3%	0,44
C09CA04	IRBESARTAN	APROVEL	3%	0,48
C09CA06	CANDESARTAN	ATACAND	2%	0,36
C09CA07	TELMISARTAN	MICARDIS	2%	0,43
C09CA08	OLMESARTAN MEDOXOMIL	BELSAR 20 mg	3%	0,46
C09DA01	LOSARTAN ET DIURETIQUES	COZAAR PLUS	1%	0,88
C09DA02	EPROSARTAN ET DIURETIQUES	TEVETEN PLUS 600	0%	0,58
C09DA03	VALSARTAN ET DIURETIQUES	CO-DIOVANE	1%	0,84
C09DA04	IRBESARTAN ET DIURETIQUES	COAPROVEL 300/12,5 mg	1%	0,90
C09DA06	CANDESARTAN ET DIURETIQUES	ATACAND PLUS	1%	0,68
C09DA07	TELMISARTAN AVEC DIURETIQUES	MICARDIS PLUS	1%	0,86
C09DA08	OLMESARTAN MEDOXOMIL ET DIURETIQUES	BELSAR PLUS 20 mg/12,5 mg	1%	0,54
C09DB01	VALSARTAN ET AMLODIPINE	EXFORGE 5 mg/160 mg	0%	0,99

Pour cette classe, les traitements les moins onéreux (Coût INAMI/DDD) sont les Inhibiteurs de l'enzyme de conversion.

### 3. Inhibiteurs de la HMG-CoA réductase (statines)

Au sein de cette classe, les nouveaux patients recevaient des traitements répartis de la façon suivante (répartition sur base du volume en DDD) :

code_atc	Dénomination de la molécule	Dénomination de la spécialité la plus prescrite	% du volume des nouveaux patients	Coût INAMI/DDD
C10AA01	SIMVASTATINE	ZOCOR 20 mg	59%	0,20
C10AA03	PRAVASTATINE	PRAREDUCT 40 mg	9%	0,26
C10AA04	FLUVASTATINE	LESCOL EXEL 80	1%	0,37
C10AA05	ATORVASTATINE	LIPITOR 20	20%	0,54
C10AA07	ROSUVASTATINE	CRESTOR 10 mg	11%	0,67

Pour cette classe, la molécule la moins onéreuse (Coût INAMI/DDD) est la simvastatine.

### 4. Dérivés triazoles

Au sein de cette classe (voriconazole non comprise), les nouveaux patients recevaient des traitements répartis de la façon suivante (répartition sur base du volume en DDD) :

code_atc	Dénomination de la molécule	Dénomination de la spécialité la plus prescrite	% du volume des nouveaux patients	Coût INAMI/DDD
J02AC01	FLUCONAZOLE	DIFLUCAN	45%	5,76
J02AC02	ITRACONAZOLE	SPORANOX	55%	2,27

Pour cette classe, la molécule la moins onéreuse (Coût INAMI/DDD) est l'itraconazole.

### 5. Anti-inflammatoires et rhumatismaux non stéroïdiens

Au sein de cette classe, les nouveaux patients recevaient des traitements répartis de la façon suivante (répartition sur base du volume en DDD) :

code_atc	Dénomination de la molécule	Dénomination de la spécialité la plus prescrite	% du volume des nouveaux patients	Coût INAMI/DDD
M01AA01	PHENYLBUTAZONE	BUTAZOLIDINE	0%	0,05
M01AB01	INDOMETACINE	INDOCID	0%	0,17
M01AB02	SULINDAC	CLINORIL FORTE	0%	0,24
M01AB05	DICLOFENAC	CATAFLAM	27%	0,28
M01AB14	PROGLUMETACINE	TOLINDOL	0%	0,43
M01AB16	ACECLOFENAC	BIOFENAC	5%	0,73
M01AB55	DICLOFENAC, ASSOCIATIONS	ARTHROTEC 75	0%	0,54
M01AC01	PIROXICAM	FELDENE LYOTABS	17%	0,36
M01AC02	TENOXICAM	TILCOTIL	1%	0,27
M01AC06	MELOXICAM	MOBIC	9%	0,39
M01AE01	IBUPROFENE	IBUPROFENE EG 600 mg	25%	0,23
M01AE02	NAPROXENE	APRANAX 550	11%	0,21
M01AE03	KETOPROFENE	ROFENID READY MIX	1%	0,42
M01AE09	FLURBIPROFENE	FROBEN 100	0%	0,35
M01AE12	OXAPROZINE	DURAPROX	0%	0,43
M01AH01	CELECOXIB	CELEBREX	2%	0,84
M01AH06	LUMIRACOXIB	PREXIGEM 100 mg	0%	0,80

Pour cette classe, les traitements non coxibs sont les moins onéreux.

**6. Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine**

Au sein de cette classe, les nouveaux patients recevaient des traitements répartis de la façon suivante (répartition sur base du volume en DDD) :

code_atc	Dénomination de la molécule	Dénomination de la spécialité la plus prescrite	% du volume des nouveaux patients	Coût INAMI/DDD
N06AB03	FLUOXETINE	FLUOXETINE EG	8%	0,44
N06AB04	CITALOPRAM	CITALOPRAM EG	15%	0,44
N06AB05	PAROXETINE	SEROXAT	21%	0,49
N06AB06	SERTRALINE	SERLAIN	21%	0,40
N06AB08	FLUVOXAMINE	FLOXYFRAL	0%	0,47
N06AB10	ESCITALOPRAM	SIPRALEXA 10 mg	34%	0,83

Pour cette classe, la molécule la moins onéreuse (Coût INAMI/DDD) est la sertaline.

**ANNEXE 2 : Gros prescripteurs**

Limitations:

- 1) Ne sont pris en compte que les patients 50 ans et + (calculé selon : année de délivrance – année de naissance).
- 2) Ne sont pris en compte que les généralistes (qualifications 000 à 009) qui comptent au moins 90 patients de 50 ans et + durant l'année (dans ce cas, un patient = une personne à qui le prescripteur a prescrit au moins un conditionnement enregistré dans Pharmanet).

Les classes de médicaments :

Classes de médicaments	Dénomination
A02+A03	PREP. pour la SECR. D'ACIDE GASTR. et TROUBLES FONCT. GASTRO-INTEST.
C01 à C09	CARDIOVASCULAIRE sauf hypolipidémiants soit encore :C02 - ANTIHYPERTENSEURS + C03 - DIURETIQUES + C07 - BETA-BLOQUANTS + C08 - ANTAGONISTES DU CALCIUM + C09 - PRODUITS ACTIFS SUR LE SYSTEME RENINE-ANGIOTENSINE
C10	HYPOLIPIDEMIANTS
J01	ANTIBACTERIENS A USAGE SYSTEMIQUE
M01	ANTI-INFLAMMATOIRES ET ANTIRHUMATISMAUX
M05	MEDICAMENTS POUR LE TRAIT. DES MAL. OSSEUSES
N02	ANALGESIQUES
N05 + N06	PSYCHOLEPTIQUES + PSYCHOANALEPTIQUES
R03	PREPARATIONS POUR LES AFF. RESPIR. OBSTR.

« Définition » d'un gros prescripteur

Pour chaque classe, on calcule par prescripteur le ratio :

*total DDD de la classe/patient*

(au dénominateur, c'est le total des patients de 50 ans et + qui est repris). Les « gros prescripteurs » dans une classe sont ceux qui ont un ratio supérieur à la valeur P90.

Répartition des prescripteurs par rapport aux valeurs P90 des 9 classes :

Nombre de classes dans lesquelles le prescripteur dépasse la valeur P90	Nombre de prescripteurs
0	6.232
1	2.338
2	1.318
3	748
4	354
5	168
6	74
7	20
8	4
Total	11.256
total avec au moins 1 "dépassement" :	5.024