

14.3. De wilsuitingen onder 14.1 en 14.2 worden geacht te zijn uitgebracht op de datum vermeld op de datumstempel van de aangetekende zending of op de datum van registratie in de webtoepassing.

Bij tegenstrijdige wilsuitingen op eenzelfde datum wordt voorrang gegeven aan de wilsuiting via de webtoepassing.

14.4. Alle latere wijzigingen van de voorwaarden inzake tijd en plaats waaronder de onder 14.2 bedoelde artsen, overeenkomstig de bedingen van het akkoord, de daarin vastgestelde honorariumbedragen zullen toepassen, mogen worden toegepast, ofwel na een opzegging van dertig dagen, ofwel, zonder opzegging, na aanplakking van die wijzigingen in hun spreekkamer.

Die wijzigingen moeten door de betrokken artsen worden meegedeeld aan het secretariaat van de NCGZ ofwel onverwijld, van zodra ze worden toegepast als ze worden toegepast na aanplakking en zonder opzegging, ofwel dertig dagen vóór de toepassing ervan, waarbij de datum van de mededeling ervan de aanvang van de in het eerste lid bedoelde opzeggingstermijn is.

Opgemaakt te Brussel, 22 december 2015.

De vertegenwoordigers van de artsen (BVAS-ABSyM, AADM en Kartel-Cartel).

De vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen.

TRADUCTION

SERVICE PUBLIC FEDERAL SECURITE SOCIALE

[C – 2016/22017]

Accord national médico-mutualiste 2016-2017

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 22 décembre 2015, l'accord suivant pour les années 2016-2017.

1. LE CONTEXTE

1.1. Le présent accord médico-mutualiste voit le jour dans un contexte budgétaire particulièrement difficile. Conformément au trajet budgétaire du gouvernement, l'augmentation de l'objectif budgétaire partiel a été limitée, pour 2016, à 1,55 %. Ce taux de croissance ne permet pas d'indexer les prestations. Ainsi, les médecins fournissent un effort de même nature à celui demandé à la population salariée. Toutefois, une enveloppe de 25 millions d'EUR a été allouée pour permettre la réalisation d'un accord bisannuel.

Les représentants des médecins et des organismes assureurs estiment néanmoins que cette situation ne peut justifier que l'on baisse les bras ou que l'on ne prenne pas ses responsabilités.

1.2. Le présent accord, qui est conclu pour une période de deux ans, tente de développer une série de perspectives basées sur une vision à long terme apportant une réponse aux défis de l'avenir.

Cela se traduit concrètement dans cinq points d'attention spécifiques :

1.2.1. Le **rôle central du médecin généraliste** qui est chargé d'une mission cruciale au niveau de la prévention, du traitement et de l'orientation du patient.

Deux outils de base sont en l'occurrence prioritaires : le développement d'un DMG de qualité qui permet de suivre correctement le patient dans le paysage des soins de santé, d'une part, et le développement des possibilités en matière d'e-Santé devant favoriser des prestations de santé sans surcharge administrative, d'autre part. Il est clair que tant les médecins que les organismes assureurs et les pouvoirs publics doivent prendre les initiatives qui s'imposent. Le plan e-Santé est à ce propos un fil conducteur essentiel. Pour cette raison, des initiatives spécifiques seront prises en vue de revaloriser financièrement le DMG et des stimulants financiers sont prévus en vue d'encourager l'utilisation effective des services d'e-Santé.

1.2.2. De plus en plus, le besoin d'une **approche des soins davantage intégrée** se fait sentir.

Interdisciplinarité et multidisciplinarité sont ici les maîtres-mots. Le développement de programmes de soins génériques dans le cadre des soins chroniques constitue en l'espèce un des instruments fondamentaux. En l'occurrence, le présent accord se consacre notamment à la prévention et aux soins en matière de diabète mais aussi à la problématique de la polymédication. La problématique de l'incapacité de travail, un souci majeur, doit également s'inscrire dans ce contexte.

1.2.3. La **continuité des soins** comme élément important de cet accord.

Il s'agit en premier lieu de la problématique des postes de garde pour lesquels un cadre financier transparent sera mis en place mais où il faut également s'assurer que les prestations de services soient en harmonie avec les services d'urgence et les autres canaux de prestations de soins concernés afin de concrétiser une approche globale et de garantir une bonne utilisation des moyens et des structures. Le présent accord garantit le développement ultérieur des postes de garde de médecine générale pour autant qu'ils fonctionnent efficacement, qu'ils soient suffisamment accessibles dans le temps et dans l'espace géographique et qu'ils disposent d'un plan d'accords avec d'autres acteurs des soins de santé.

1.2.4. Des **soins efficaces** constituent un autre point d'attention.

L'utilisation non-justifiée de procédures diagnostiques et thérapeutiques doit si possible être réfrénée. De cette manière seulement, il sera possible de créer une marge suffisante pour de nouvelles techniques innovantes de qualité avérée. La réorientation de certains moyens en biologie clinique et en imagerie médicale permettra de soutenir un certain nombre de nouvelles techniques de mesure en diabétologie, de préparer le remboursement de la technique OCT (Optical Coherence Tomography), de mieux valoriser la chirurgie oncologique et de mieux rémunérer les prestations intellectuelles de certaines spécialités. Par ailleurs, des efforts seront réalisés en vue d'atteindre des objectifs de santé concrets (DMG, réduction du nombre de césariennes, réforme de l'accréditation).

1.2.5. Last but not least, le thème de l'**accessibilité des soins** et de la transparence financière comme éléments de base des accords entre médecins et organismes assureurs.

Un système d'accords vise notamment à assurer le caractère financièrement abordable et accessible des soins. Il ressort du dernier rapport sur la performance des soins de santé belges qui vient d'être approuvé par le KCE que le nombre de ménages qui reportent des soins pour des raisons financières reste considérable. La CNMM s'attache ardemment à éviter toute exclusion en la matière. Ces dernières années, de très nombreuses initiatives ont déjà été prises à ce sujet (loi transparence, tiers payant obligatoire pour les bénéficiaires préférentiels, interdiction de facturer des suppléments d'honoraires en chambre à deux lits pour les hospitalisations classiques et de jour). Néanmoins, au cours du présent accord, d'autres démarches seront entreprises dans certains domaines en vue d'éliminer les inégalités au niveau des soins et des seuils financiers susceptibles d'entraver l'accès aux soins de santé. Concrètement, des initiatives seront prises en matière de suppléments d'honoraires pour la biologie clinique, l'anatomopathologie et la génétique, sur le plan des reconstructions mammaires après un cancer et sur le plan de la concrétisation de l'obligation d'information préalable par le dispensateur de soins via la présentation d'une estimation des coûts. En outre, une discussion approfondie sera menée quant à la problématique des suppléments d'honoraires et de leurs conséquences sur l'accessibilité des soins de santé. Le présent accord ne prévoit pas l'instauration ou l'augmentation de tickets modérateurs supplémentaires.

1.3. La CNMM est d'avis que le présent accord **bisannuel** constitue un pas important dans la réalisation des objectifs susmentionnés. La signature du présent accord permet d'apporter une nouvelle contribution à un régime solidaire de soins de santé. Néanmoins, il est prévu que cet accord prendra automatiquement fin si certaines mesures particulières devaient être prises.

2. L'OBJECTIF BUDGÉTAIRE PARTIEL 2016

La CNMM constate que le 23 octobre 2015 le gouvernement a pris une décision concernant la fixation de l'objectif budgétaire global 2016 et sa ventilation en objectifs budgétaires partiels.

L'objectif budgétaire partiel pour les honoraires des médecins est fixé pour 2016 à 7.891.112 milliers d'EUR, majorés d'un montant de 151.197 milliers d'EUR pour les honoraires de dialyse rénale.

Les montants précités sont respectivement 1,92 % supérieurs et 0,48 % inférieurs aux estimations techniques les plus récentes de l'INAMI pour l'année 2015.

Les enveloppes pour la biologie clinique et l'imagerie médicale sont fixées respectivement à 1.279.875 milliers d'EUR et 1.227.056 milliers d'EUR, soit respectivement 0,20 % et 1,75 % de plus que la dernière estimation technique de l'INAMI pour l'année 2015.

3. LES ECONOMIES

Le gouvernement a décidé de procéder à un saut d'index corrigé sur le plan social pour les salaires. Parallèlement à cela, le gouvernement a décidé de demander un effort équivalent aux secteurs de la nomenclature. Le non octroi de la masse d'index contribue à cet effort. Pour les honoraires des médecins, cet effort se monte à 48,827 millions d'EUR.

Une économie d'un montant net de 20 millions d'EUR sera réalisée dans le secteur de la biologie clinique dans le courant de 2016. Les efforts pour un montant de 3,959 millions d'EUR prévus dans l'objectif budgétaire partiel y seront intégrés. Le montant de 20 millions d'EUR sera affecté aux projets mentionnés ci-après au point 4.2.5.

4. LES MESURES

Dans les limites du cadre financier établi, la CNMM décide de prendre les mesures suivantes.

4.1. Les mesures relatives aux médecins généralistes

4.1.1. Vu la mesure générale de **gel de l'indexation**, les honoraires des médecins généralistes seront maintenus au niveau du 31 décembre 2015, sauf pour ce qui suit.

4.1.2. Plus que jamais, le **DMG** représente une donnée clé de la bonne pratique du médecin généraliste. Il est donc nécessaire de le développer.

Compte tenu des moyens limités, des priorités doivent dès lors être fixées. Il convient de se concentrer sur les patients pour qui des efforts supplémentaires doivent être fournis en matière de soins et pour qui la coordination de soins spécifiques doit être assurée par le médecin généraliste.

4.1.2.1. A cette fin, il est proposé d'attribuer, dans une première phase, pour les patients ayant le « statut affection chronique » appartenant à la tranche d'âge 45-74 ans une augmentation du montant du DMG jusqu'à 55 EUR. Le montant de cette augmentation sera payé par les organismes assureurs aux médecins généralistes au courant du deuxième semestre 2016 pour les DMG qui ont été ouverts ou prolongés au cours du premier semestre 2016. A partir du 1^{er} juillet 2016 le montant augmenté de 55 EUR peut être porté en compte au patient ou payé par l'organisme assureur. Le DMG+ ne sera pas prolongé dans sa forme actuelle mais sera intégré dans le DMG.

4.1.2.2. En contrepartie, les médecins généralistes enregistreront dans le DMG une série de paramètres qui, dans le courant de 2017, sur base des accords au sein de la CNMM, seront échangés depuis le DMI avec d'autres dispensateurs de soins pour une évaluation clinique ainsi que dans le cadre d'initiatives de qualité. Il sera tenu compte de l'exécution du plan e-Santé. Ces paramètres concernent la prévention, le suivi du patient et le partage de données avec d'autres dispensateurs de soins. À titre d'exemple : le sevrage tabagique, la vaccination, le screening de la population, les paramètres cliniques (BMI, pression sanguine), les analyses biologiques (eGFR).

4.1.2.3. Sur base de l'analyse effectuée par le SECM de l'INAMI concernant l'utilisation et la qualité des DMG, des propositions concrètes seront formulées et implémentées par la CNMM après avis du CNPQ.

4.1.3. Début 2016, le "**pré-trajet diabète**" démarrera. Celui-ci vise la prise en charge de patients avec un diabète de type 2 auxquels ne s'appliquent aucun trajet de soins ni aucune convention diabète.

4.1.3.1. À ce propos, une prestation spécifique sera instaurée prévoyant une indemnisation annuelle de 20 EUR pour le médecin généraliste en ce qui concerne les entretiens successifs avec le patient du protocole de soins et l'enregistrement des objectifs et des données cliniques et biologiques requises dans le DMG.

4.1.3.2. En 2017, un transfert de données anonymisées vers la plate-forme healthdata sera organisé, avec respect du principe « only-once » afin d'évaluer l'impact du pré-trajet sur la qualité des soins en application de l'AR du 30/11/2015 qui prévoit le suivi d'un patient diabétique de type 2 au moyen d'un protocole de soins. Une première évaluation sera soumise à la CNMM pour le 31/12/2017.

4.1.3.3. Ces efforts s'inscrivent dans un ensemble global de mesures en faveur des patients chroniques, conformément aux orientations fixées par la Conférence interministérielle "Santé publique".

4.1.3.4. Outre une série de projets pilotes, les partenaires représentés au Comité de l'assurance de l'INAMI élaboreront également une initiative en vue de promouvoir la collaboration multidisciplinaire entre médecins généralistes, praticiens de l'art infirmier, pharmaciens,... dans le cadre des soins continus aux patients chroniques et/ou complexes.

4.1.3.5. Le règlement relatif aux trajets de soins reste en vigueur. Sur base des évaluations disponibles au cours de la durée de l'accord, décision peut être prise d'étendre éventuellement ce règlement à d'autres affections en se basant sur une approche générique.

4.1.4. Le gouvernement a décidé de mettre en place dans une période de cinq ans un modèle intégré pour **soins non programmables** dans lequel les services de garde, les postes de garde et les services d'urgence des hôpitaux collaborent de manière optimale. Une taskforce est créée à cet effet. Elle est composée de représentants de la CNMM, des postes de garde / des cercles de médecins généralistes, des hôpitaux, des médecins urgentistes et des autorités.

Cette taskforce a plus particulièrement pour objectif de mettre en place le modèle intégré précité, entre autres sur la base du numéro d'appel unique, le 1733.

En parallèle, le gouvernement a décidé de ne pas octroyer de tranche supplémentaire d'un montant de 5,250 millions d'EUR en 2016 pour la création de postes de garde de médecine générale et de geler temporairement un montant de 4,950 millions d'EUR en attendant de poursuivre une standardisation des coûts.

4.1.4.1. Dans le courant de 2016, sur la base de propositions formulées par le groupe de travail de la commission et des informations découlant d'un audit externe, la CNMM apportera au système de financement des postes de garde de médecine générale des modifications sur la base d'une analyse de tous les centres de coûts, en particulier :

- les coûts relatifs au loyer;
- les coûts des commodités et de l'entretien, en particulier compte tenu de l'utilisation de l'infrastructure pendant les périodes au cours desquelles elle n'est pas utilisée à des fins de garde;
- les coûts du cadre du personnel, en particulier sur la base des informations provenant de l'audit susmentionné sur l'emploi du temps de travail financé pour la coordination et l'administration et compte tenu des possibilités de collaboration entre les postes de garde ou avec d'autres partenaires dans les soins de santé;
- les frais de transport, compte tenu des possibilités de collaboration entre les postes de garde ou avec d'autres partenaires dans les soins de santé.

Ces modifications entreront en vigueur en 2017.

4.1.4.2. En attendant, dans le courant de 2016, une avance équivalant à 95 % du montant sera octroyée pour les dépenses de fonctionnement des postes de garde. Compte tenu des résultats du rapport financier 2016 et des constatations de l'audit, un solde final sera octroyé en 2017 en concertation entre le groupe de travail poste de garde et la cellule stratégique.

4.1.4.3. Les projets pour lesquels un dossier finalisé a déjà été introduit seront subventionnés de la même manière, c'est-à-dire à raison de 95 % des coûts approuvés par le groupe de travail PGMG (postes de garde de médecine générale), conformément à la standardisation applicable au 31 décembre 2015.

4.1.4.4. Le même principe s'applique également aux nouveaux projets qui sont soumis à la CNMM. Ces projets ne pourront cependant être approuvés que pour autant qu'ils remplissent au moins les 4 critères suivants :

- un plan d'accords entre les postes de garde de médecine générale, les services de garde et les services d'urgence est soumis concernant l'organisation des soins, le renvoi, la communication et les prestations de services. Les conditions de ce plan d'accords seront fixées au plus tard le 31 mars 2016 par la taskforce susmentionnée, en tenant compte des différences dans le contexte géographique. Pour le 31 décembre 2017, tous les postes de garde de médecine générale répondront à cette condition;
- heures d'ouverture : en principe au moins 61 heures (week-end complet du vendredi soir au lundi matin);
- une couverture territoriale et démographique suffisante (seuil minimum);
- coûts en conformité avec les nouvelles règles en matière de standardisation qui seront approuvées pour le 31 mars 2016.

En outre, un numéro INAMI spécifique sera attribué aux postes de garde de médecine générale pour l'attestation des prestations effectuées. Ce numéro d'identification sera généralisé au plus tard le 30 juin 2016. L'attestation individuelle ou une perception centrale demeureront possibles.

Sur la base de tous ces éléments, et en concertation avec la CNMM, un cadre réglementaire adapté sera élaboré.

4.1.4.5. En parallèle, proposition est faite de réorienter le système des honoraires de disponibilité pour les médecins généralistes à partir de 2017, dans le cadre d'une analyse du financement de la continuité des soins de première ligne le soir et la nuit, tant en semaine que pendant les week-ends, le cas échéant dans un poste de garde.

4.1.4.6. Il sera également prévu que les visites de garde avec transport financées dans le cadre d'une convention avec le comité de l'assurance ne comprennent plus de composante E. Les moyens ainsi libérés sont ajoutés au budget des médecins généralistes.

4.1.5. E-santé

4.1.5.1. L'accord national médico-mutualiste 2015 a prévu l'intégration, dès 2016, de l'allocation de pratique et de la prime télématique pour les médecins généralistes. Dans ce cadre, parallèlement à un montant fixe, sera intégré un montant variable qui tient compte de l'utilisation effective de la télématique. L'accord a également instauré une « prime Sumehr ».

Suivant le plan d'action e-Health 2015-2019 approuvé par la Conférence interministérielle Santé publique, chaque pratique de médecine générale enregistre des données médicales dans un DMI. L'échange des données doit en outre être encouragé (points d'action 1 et 9). À partir du 1^{er} janvier 2017, les médecins débutants devront remplir les conditions en la matière. Pour les autres médecins, un régime de transition est prévu jusque 2020.

Dans le cadre de cet accord, il est proposé de réunir l'allocation de pratique, la prime télématique et la prime Sumehr en une seule prime, à savoir la **prime de soutien à la pratique informatisée et à l'utilisation des services e-Health**. Cette augmentation couvre également les coûts administratifs qui découlent de l'application obligatoire du régime du tiers payant.

4.1.5.2. Ont droit à cette prime les médecins généralistes qui répondent aux conditions actuelles de l'allocation de pratique et qui utilisent un logiciel homologué. Le même seuil d'activité minimum que celui prévu pour le statut social s'applique.

Des règles de calcul spécifiques s'appliquent dans le cadre d'une pratique de médecine générale regroupant plusieurs médecins.

L'évaluation de l'utilisation effective de la télématique tient compte des six paramètres suivants : recip-e, demandes Chapitre IV, facturation électronique, consentement éclairé, chargement du Sumehr, gestion électronique du DMG. L'évaluation en question débutera le 1^{er} juillet 2016. En préalable à cette évaluation, des accords seront passés avec les firmes de logiciels afin de résoudre les difficultés existantes.

4.1.5.3. Les organismes assureurs s'engagent à résoudre au plus tard pour cette date une série de problèmes administratifs, notamment sur le plan de la référence comptable des paiements effectués aux médecins, de l'octroi de ces paiements au niveau de la pratique et en permettant le fonctionnement au moyen de communications structurées. Une solution sera également recherchée aux problèmes suivants : l'octroi des certificats aux collaborateurs administratifs, l'identification des enfants âgés de moins de 12 ans au moyen de la carte ISI+ et l'identification des patients inclus dans un trajet de soins.

Il sera rendu possible pour les MGF de gérer le DMG au nom et pour le compte de leur maître de stage via l'application Mycarenet eDMG. Pour ce faire, un système permettant au maître de stage d'autoriser le MGF sera introduit. Les modalités techniques de cette implémentation seront fixées pour le 31 janvier 2016 et communiquées à la CNMM et mises à disposition des producteurs de soft dans le courant du premier trimestre 2016.

4.1.5.4. Sur proposition de la CNMM, les seuils des paramètres seront fixés pour l'année 2016 avant le 1^{er} juillet 2016 et pour l'année 2017 avant le 31 décembre 2016.

Pour réaliser 3 paramètres en 2016 et 4 paramètres en 2017, le montant est fixé à 3.400 EUR.

Pour réaliser 5 paramètres en 2016 et 6 paramètres en 2017, le montant est fixé à 4.550 EUR.

Ces montants seront augmentés de 500 EUR si des Sumehrs sont chargés pour au moins 200 patients en 2016 et 400 patients en 2017.

Les MGF qui font usage d'un logiciel homologué conservent le droit à une prime télématique de 800 EUR.

Les médecins généralistes qui répondent aux conditions actuelles de l'allocation de pratique sans répondre aux autres conditions susvisées conservent, pendant la durée de l'accord, le droit à une allocation de pratique de base de 1.500 EUR.

4.1.5.5. Il sera également examiné dans le courant de l'accord quels éléments du financement non liés aux prestations doivent se situer soit au niveau de la pratique, soit au niveau du patient.

4.1.5.6. L'accord national médico-mutualiste 2015 a prévu le **financement du soutien de l'utilisation de l'ICT en première ligne**.

À cet effet, conformément à la décision de la Conférence interministérielle Santé publique, un montant de 1 million d'EUR à charge des frais d'administration de l'INAMI a été réservé pour cofinancer des initiatives de formation locales ou régionales.

Concrètement, des conventions en vigueur jusqu'au troisième trimestre 2016 ont été conclues avec l'Agentschap Zorg en Gezondheid (Communauté flamande), la Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale, la Région wallonne et la Communauté germanophone.

Le soutien concerne différents éléments :

- l'organisation de séances d'information consacrées à l'utilisation efficace du DMI, aux différents systèmes d'e-santé, aux exigences minimales en matière de hardware et de software; l'organisation de cours et de formations relatifs à la procédure d'identification par eID, l'installation des certificats e-Health et l'utilisation des différents systèmes d'e-santé dans le DMI;
- l'organisation de cours et de formations relatifs à l'utilisation efficace du DMI afin de soutenir et d'optimiser les soins autour d'un patient.

D'ici la fin de la durée de l'accord, un rapport d'évaluation sera rédigé concernant l'impact des initiatives définies dans l'accord en matière de e-Santé.

4.1.5.7. La CNMM accueille favorablement le point d'action 14 du plan d'action e-Santé, et plus particulièrement la mise à la disposition des **médecins généralistes du service e-attest** à partir du 1^{er} janvier 2018, service par lequel la délivrance des attestations de soins donnés sera remplacée par une transmission électronique des attestations à l'organisme assureur qui assurera ensuite le remboursement au bénéficiaire. L'élaboration de cette mesure sera discutée avec tout les parties concernées.

4.1.5.8. La CNMM insiste sur la continuation du financement du projet recip-e pendant la durée de l'accord.

4.2. Les mesures relatives aux médecins spécialistes

4.2.1. Vu la mesure générale de **gel de l'indexation**, les honoraires des médecins spécialistes seront maintenus au niveau du 31 décembre 2015, sauf pour ce qui suit.

4.2.2. En vue de valoriser le travail de qualité du CTM, un montant de 6,581 millions d'EUR est prévu pour financer les initiatives suivantes :

Montants (en milliers d'EUR)	
Tests chimie (fructosamine, cystatine C, jodium) - biologie clinique	596
Tests HER2 et EGFR - cancer de l'estomac - biologie clinique	565
Tests hépatite C PCR	251
Coupe APD - art 32	280
Typages HLA dans le cadre d'une transplantation - première phase de la transplantation	1.460
Détection des anticorps et crossmatching - deuxième phase de la transplantation	1.525
PCR agents infectieux pendant une transplantation d'organes	800
Calprotectine dans les selles	602
Implants ostéo-intégrés - chirurgie - nomenclature	39
Revalorisation du traitement de l'exstrophie vésicale - chirurgie - nom. art. 14 j)	6
Chirurgie abdominale : Extension des indications debulking + extension	444
Suppléments d'honoraires cathéter veineux central < 7a - int.	1
Ponction du ganglion lymphatique - Médecine interne - nom. art. 11	12
TOTAL	6.581

4.2.3. Par ailleurs, un montant de 0,750 millions d'EUR sera réservé pour les dossiers « mycobacterium tuberculosis » et les appareils à rayonnement alpha qui ont récemment été approuvés au CTM.

4.2.4. En outre, un montant est prévu pour l'instauration d'un supplément d'urgence aux honoraires pour les accouchements naturels y compris le surcoût éventuel pour l'anesthésie (7 millions d'EUR). A ce propos la CNMM examinera l'impact sur le taux de conventionnement du groupe professionnel concerné. En collaboration avec le groupe professionnel concerné, il sera étudié comment les variations de pratiques en matière du nombre de césariennes dans la totalité des accouchements, calculé par hôpital, peuvent être mis en conformité aux recommandations scientifiques existantes. Dans le courant de 2017, la CNMM examinera comment le respect de ces recommandations pourrait constituer une modalité de remboursement dans le futur.

4.2.5. Les économies dans le secteur de la biologie clinique, mentionnées au point 3, seront affectées aux projets suivants :

- la revalorisation des consultations portées en compte par un médecin-spécialiste via les prestations 102012 et 102535, plus particulièrement les médecins spécialistes en oto-rhino-laryngologie, les médecins spécialistes en médecine physique et en réadaptation, et les médecins spécialistes en chirurgie générale (10 millions d'EUR);
- la revalorisation des interventions multiples effectuées dans le même champ opératoire pour des affections oncologiques et des consultations de longue durée après chirurgie oncologique (2,29 millions d'EUR);
- l'adaptation du budget global pour les examens génétiques (2,0 millions d'EUR). L'évolution de ce budget fera l'objet d'un audit spécifique;
- la revalorisation des honoraires en cas de reconstruction mammaire et la fixation de tarifs avec déclaration d'accord (1,2 million d'EUR);
- techniques de traitement innovants pour les patients diabétiques de type 1, dans le cadre de la convention sur le diabète (5 millions d'EUR).

4.2.6. Au cours de l'année 2017, des moyens seront débloqués au moyen d'une réorganisation et de la maîtrise des dépenses en matière de CT, de coronarographies et d'échographies ou d'autres prestations, moyens qui seront destinés au financement économiquement efficient de la technique OCT basé sur une analyse d'économie de la santé et sur une analyse des besoins.

4.2.7. Dans le courant de 2016, le SECM actualisera l'évaluation de l'attestation des honoraires pour surveillance continue de la fonction cardiaque et des fonctions vitales et non vitales à l'aide d'un appareil sentinelle. A cet égard, des propositions pour éliminer les variations entre pratiques seront formulées.

4.2.8. Un montant de 2 millions d'EUR sera réservé dans le budget pour le plan cancer afin de permettre le remboursement coordonné des tests (**biomarkers**) qui sont nécessaires comme condition de remboursement de certains médicaments personnalisés.

4.2.9. Parallèlement à ces initiatives, à partir du 1^{er} juillet 2016, **aucune autorisation préalable** ne devra plus être demandée pour les **médicaments du chapitre IV** qui sont délivrés en milieu hospitalier à des patients ambulatoires ou hospitalisés, excepté si les modalités de remboursement le prévoient explicitement. L'art. 80 de l'AR du 21.12.2001 sera adapté à cette fin. Il est également prévu que les justificatifs relatifs à ces médicaments ne devront plus être transmis au médecin-conseil mais gardés à disposition dans l'hôpital. La circulaire 82/171 datant du 21.3.1982 sera adaptée à cette fin.

En outre, les médecins seront associés à l'élaboration des propositions de **simplification administrative** qui seront notamment étudiées par la Commission de conventions établissements hospitaliers - organismes assureurs.

4.2.10. La CNMM accueille favorablement la décision et l'effort du gouvernement pour mettre fin à la situation dans laquelle aucune intervention n'est prévue pour la formation des médecins-spécialistes dans les hôpitaux non-universitaires et de prévoir un budget de 10 million d'EUR par an pendant la durée de l'accord.

La CNMM souhaite collaborer à une réglementation qui prévoit une rémunération forfaitaire pour le maître de stage, par MSF avec un plan de stage agréé.

4.3. Mesures en matière d'accessibilité

4.3.1. La CNMM formulera, pour le 30 juin 2016, une proposition relative à l'interdiction des **suppléments en biologie clinique, en anatomopathologie et en génétique**, comme prévu à l'article 73, § 1er/1, de la loi SSI.

4.3.2. Pour des patients vulnérables avec des besoins de soins particuliers, la CNMM élaborera des mesures pour le 31/03/2016 au plus tard, qui renforceront l'accessibilité effective à ces soins (2,4 mio).

4.3.3. Afin de limiter au maximum l'insécurité financière pour le patient et d'éviter des discussions entre patients et médecins, la CNMM instaurera au courant de l'année 2016 un système dans lequel, en cas d'hospitalisation en chambre individuelle ou de traitements ambulatoires coûteux, le médecin fournira au patient une **estimation préalable des suppléments d'honoraires**. La proposition en question fait office d'engagement envers le patient.

4.3.4. Pendant la durée de l'accord, la CNMM souhaite procéder à une analyse approfondie de la problématique des «suppléments d'honoraires». Cette problématique ne peut être dissociée de la thématique de l'accessibilité des soins de santé, d'une part, et du droit à des honoraires équitables pour les dispensateurs de soins, d'autre part.

Sans préjudice des dispositions de l'article 35 de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé et compte tenu des discussions relatives à la réforme du financement des hôpitaux, la CNMM entend, entre autres, pendant la durée de l'accord :

- développer des initiatives afin de promouvoir l'adhésion et le respect des accords par les médecins conventionnés;
- évaluer les effets des mesures récemment prises en matière de limitation des « suppléments d'honoraires » et en matière de transparence et d'accessibilité pour les patients;
- dresser, sur la base d'une analyse objective de terrain, au sein et en dehors du secteur des hôpitaux, un inventaire des variations et des points problématiques mettant en péril l'accessibilité des soins pour les assurés, et élaborer des solutions en la matière en collaboration avec les groupes professionnels concernés;
- vérifier dans quelle mesure le système de conventionnement partiel pourra être adapté et clarifié;
- examiner comment un mécanisme de tarifs indicatifs peut être mis en place et quels critères pertinents peuvent être définis pour les suppléments, portés en compte par des médecins hospitaliers, qui ne sont pas directement liés au type de chambre de l'hospitalisation ou à la qualité ou l'efficacité du soin.

Dans cette perspective, la CNMM se concertera avec tous les partenaires concernés dans et en dehors du secteur hospitalier. Un rapport final sera soumis pour approbation à la CNMM avant la fin de l'accord.

5. INCAPACITE DE TRAVAIL

Il est indispensable que le secteur traitant soit plus étroitement associé à la problématique de l'incapacité de travail.

Dans ce cadre, les mesures suivantes seront prises au cours de l'accord :

- prise de connaissance de l'instauration d'un nouveau certificat d'incapacité de travail qui pourra également être échangé par voie électronique à partir de 2017;
- l'optimisation de la communication entre les médecins traitants, les médecins-conseils et les médecins du travail en vue d'assurer une réintégration rapide sur le marché du travail. Les initiatives en matière de concertation tripartite périodique seront encouragées financièrement à partir de 2017. En fonction des initiatives préparées par le gouvernement en matière de réintégration des personnes en incapacité de travail, on étudiera comment valoriser davantage les efforts consentis par le secteur traitant;
- le développement d'un trajet multidisciplinaire en matière de burn out chez les travailleurs sur la base notamment d'études pilotes commanditées par l'INAMI;
- en outre, le CTM élaborera une proposition relative aux interventions chirurgicales de la colonne vertébrale. À cet égard, il sera nécessaire de définir plus strictement les indications et de mettre en place une consultation multidisciplinaire. Cette réforme entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2017.

6. ACCREDITATION

Ces dernières années, le système d'accréditation est parvenu à lancer des projets permettant aux médecins d'élargir leurs connaissances et d'optimiser la qualité des soins grâce à des concertations au sein des GLEM.

Néanmoins, force est de constater que le système présente des lacunes. Outre la charge de travail administratif, il faut reconnaître que les soins de santé ont fortement évolué ces deux dernières décennies. Le système d'accréditation doit être en mesure de répondre aux nouveaux besoins des dispensateurs de soins (soins multidisciplinaires, soins intégrés pour malades chroniques, informatisation, échange de données, nouveaux défis de santé publique, attention à accorder à l'efficacité des soins). Parallèlement, les points forts du système actuel doivent être conservés : participation sur une base volontaire, dans un esprit d'encouragement, système bien encadré et soutenu, caractérisé par le soutien par les pairs et la convivialité.

Un groupe de travail mixte composé des membres de la CNMM et du CNPQ est chargé de repenser la définition et le concept de l'accréditation. Ce groupe de travail formulera des propositions d'adaptation du système d'accréditation afin d'évoluer vers un système de développement professionnel permanent et de promotion de la qualité mesurable. Les thèmes suivants seront étudiés :

- la mesure dans laquelle des modèles génériques (toutes spécialités confondues) sont possibles;
- la mesure dans laquelle de nouveaux modèles peuvent être appliqués dans la pratique par les organisations professionnelles;
- la mesure dans laquelle l'accent peut être mis davantage sur les efforts fournis dans le cadre des GLEM et sur le suivi des feed-back lors de la reconnaissance de l'accréditation;
- la manière dont la responsabilité pour le contenu des programmes peut être déléguée moyennant un cadre clair avec des objectifs de santé, des méthodes et des normes de qualité et un contrôle de qualité externe;
- la poursuite de l'intégration de nouvelles méthodes d'apprentissage et l'utilisation de l'informatique;
- les adaptations à apporter au modèle de financement, y compris l'harmonisation des suppléments d'accréditation afin de réaliser l'économie déjà décidée. À cet effet, le principe appliqué serait le suivant : pour un même effort visant à être accrédité, une même rémunération doit être d'appliquée. De cette manière, une réévaluation significative peut être réalisée.

Le groupe de travail soumettra un rapport circonstancié à la CNMM pour le 30 juin 2016. Sur la base de ce rapport, les adaptations nécessaires pourront être élaborées.

7. SOINS EFFICACES

7.1. Sur la base des propositions du Comité scientifique chargé d'organiser la conférence "**Polymédication dans le cadre d'une utilisation rationnelle des médicaments chez les personnes âgées** », la CNMM élaborera des recommandations et indicateurs concrets et fixera des objectifs pour éviter et réduire la polymédication non justifiée dans la pratique. Le CNPQ est invité à définir une feuille de route concrète pour le 30 juin 2016 afin d'examiner quels incitants il est possible d'instaurer pour promouvoir un comportement prescripteur rationnel en la matière.

7.2. La CNMM a pris connaissance de la proposition d'accord que la Ministre souhaite conclure avec les associations scientifiques de médecins, le secteur hospitalier, les pharmaciens hospitaliers et l'industrie pharmaceutique en vue de **lancer les médicaments biosimilaires en Belgique**. La CNMM souhaite contribuer à promouvoir l'utilisation de ces médicaments, pour autant que la liberté thérapeutique des médecins soit garantie. La CNMM insiste pour être associée au monitoring de l'utilisation de ces médicaments et souhaite qu'une concertation préalable soit mise sur pied avant que des initiatives législatives ne soient prises.

7.3. La CNMM insiste auprès des pouvoirs publics pour mettre en place une diminution substantielle du coût des médicaments appliqué dans le traitement de la *age-related macular degeneration* (ARM).

7.4. La CNMM demande d'être impliquée en ce qui concerne les dispositions de l'accord du gouvernement relatives au médecin généraliste de référence.

8. STATUT SOCIAL

Par l'adaptation des conditions d'octroi en matière de statut social, un montant de 6,330 millions d'EUR peut être réaffecté.

Pour 2016, les montants suivants sont proposés :

- conventionnés complets : 4.790,23 EUR au lieu de 4.535 EUR
- conventionnés partiels : 2.259,67 EUR au lieu de 2.200 EUR

9. LES MESURES DE CORRECTION

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

9.2. Si on constate, à la suite de l'instauration du régime du tiers payant obligatoire à partir du 1^{er} octobre 2015, des dépenses supplémentaires supérieures au montant prévu dans les estimations techniques, ces dépenses supplémentaires ne peuvent pas donner lieu à des corrections au sens des articles 18 et 40 de la loi SSI.

10. SUIVI DE L'ACCORD

La CNMM assurera le suivi de l'exécution de l'accord au moyen d'un tableau de bord qui sera établi chaque trimestre. L'avancement de l'exécution de l'accord fera en plus l'objet d'une concertation avec le ministre des Affaires sociales.

11. LES CONDITIONS D'APPLICATION DE L'ACCORD

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

- 11.1.1. les dispensateurs de soins entièrement conventionnés,
- 11.1.2. les dispensateurs de soins partiellement conventionnés.

11.2. Médecins généralistes

11.2.1. Les dispensateurs de soins **entièrement conventionnés**

Le médecin généraliste entièrement conventionné 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 11.2.3, les taux d'honoraires et les indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués à l'ensemble de sa pratique.

11.2.2. Les dispensateurs de soins **partiellement conventionnés**

11.2.2.1. Définition et tarifs applicables

Le médecin généraliste partiellement conventionné 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 11.2.2.2.

Sauf durant les périodes et selon les conditions définies strictement au point 11.2.2.2, ou sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 11.2.3, les taux d'honoraires et les indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués à l'ensemble de sa pratique.

11.2.2.2. Périodes et conditions du conventionnement partiel

Le médecin généraliste partiellement conventionné 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 :

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

11.2.2.2.2. 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 11.2.3.

11.2.3. Exigences particulières du bénéficiaire

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

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

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

11.2.3.3. 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;

11.2.3.4. 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.

11.3. Médecins spécialistes

11.3.1. 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 11.3.3., les taux d'honoraires et les indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués à l'ensemble de sa pratique.

11.3.2. Les dispensateurs de soins **partiellement conventionnés**

11.3.2.1. Définition et tarifs applicables

Le médecin spécialiste partiellement conventionné 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 11.3.2.2.

Sauf durant les périodes et selon les conditions définies strictement au point 11.3.2.2, ou sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 11.3.3, les taux d'honoraires et les indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués à l'ensemble de sa pratique.

11.3.2.2. Périodes et conditions du conventionnement partiel

Le médecin spécialiste partiellement conventionné 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 ambulatoires (patients non hospitalisés et hors hôpital de jour ou forfaits) :

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

11.3.2.2.2. et pour autant que la moitié au moins du total de toutes ses prestations aux patients ambulatoires 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 11.3.3, et à des heures qui conviennent normalement aux bénéficiaires de l'assurance soins de santé;

11.3.2.2.3. 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 ambulatoires 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 11.3.3.

11.3.3. Exigences particulières du bénéficiaire

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

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

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

11.3.3.3. les consultations aux patients ambulatoires 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.

11.4. 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 67.636,22 EUR par ménage, augmentés de 2.253,73 EUR par personne à charge, lorsqu'il n'y a qu'un seul titulaire;

soit 45.090,32 EUR par titulaire, augmentés 2.253,73 EUR par personne à charge, lorsqu'il y a plusieurs titulaires.

11.5. Les contestations concernant le point 11 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.

11.6. 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.

Les données concernées seront publiées sur le site de l'INAMI (www.inami.be).

11.7. Les médecins qui appliquent le tiers payant facultatif comme prévu par l'Arrêté royal portant exécution de l'article 53, § 1^{er} de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif au régime du tiers payant respectent les tarifs de l'accord pour les prestations qui sont couverts par le tiers payant facultatif précité.

12. LA CONCILIATION DE CONTESTATIONS

Les deux parties qui ont signé le présent accord s'engagent à tout mettre en œuvre pour faire respecter les dispositions et les faire appliquer correctement dans un esprit de loyauté et de respect mutuel. La CNMM est compétente pour concilier les disputes et 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.

13. DURÉE DE L'ACCORD

13.1.1. Le présent Accord est conclu pour une période de deux ans, à savoir du 1^{er} janvier 2016 au 31 décembre 2017 inclus.

13.1.2. Résolution de plein droit

L'Accord est résolu de plein droit 30 jours après qu'une des situations suivantes se présente et conformément aux conditions du point 13.1.2.4.:

13.1.2.1. La publication au *Moniteur belge* de mesures d'économie fixées unilatéralement par le gouvernement par rapport au cadre budgétaire actuel excepté les économies et les mesures de correction mentionnées dans l'Accord.

13.1.2.2. La publication au *Moniteur belge* de mesures législatives concernant l'extension du régime obligatoire du tiers payant ou concernant la réglementation relative aux suppléments portés en compte pour les chambres particulières et/ou pour les prestations ambulatoires.

13.1.2.3. La fixation de l'objectif budgétaire partiel pour les honoraires médicaux pour l'année 2017 à un montant inférieur à celui fixé pour 2016.

13.1.2.4. Une organisation représentative qui souhaite invoquer la résolution de plein droit sur la base des situations précitées le notifie à la CNMM dans un délai de 15 jours après la constatation d'une des situations précitées.

13.1.2.5. Dans ce cas le Président de la CNMM convoque une réunion à laquelle le Ministre est invité.

13.1.2.6. Dans les cas précités, les avantages du statut social restent garantis à l'égard de ceux qui avaient adhéré à l'Accord et qui s'engagent à respecter les tarifs en vigueur.

13.2. Dénonciation par une partie ou par un médecin

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

13.2.1. 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 la législation ou de la réglementation qui nuit gravement de manière unilatérale et sans concertation avec les parties à l'équilibre des droits et obligations découlant du présent accord auquel le médecin a adhéré.

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

13.2.2.1. avant le 15 décembre 2016 par un médecin individuel

Cette dénonciation produit ses effets au 1^{er} janvier 2017.

13.2.2.2. 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.

14. LES FORMALITÉS

14.1. 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*,

- soit 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;

- soit au moyen de l'application en ligne que l'INAMI met à la disposition à cette fin au moyen du portail MyInami.

Cette lettre comportera les mentions suivantes, sous peine de non recevabilité :

Numéro d'identification INAMI
Je soussigné,
Nom et prénom(s) :
Adresse complète :
Qualité : Médecin de médecine générale / Médecin spécialiste en
<i>(Biffer la mention inutile)</i>
déclare refuser d'adhérer aux termes de l'Accord national médico-mutualiste conclu le 22 décembre 2015.
Date :
Signature :

14.2. Les médecins, autres que ceux qui ont notifié, conformément aux dispositions prévues au point 14.1, leur refus d'adhésion aux termes de l'accord conclu le 22 décembre 2015 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 14.2.2.1. et 14.2.2.2 (« conventionnement partiel ») :

14.2.1. Ils appliqueront les montants d'honoraires qui y sont fixés;

14.2.2. Ils pourront ne pas appliquer les montants d'honoraires qui y sont fixés. Cette communication doit se faire

- soit par lettre recommandée à la poste adressée à la Commission nationale médico-mutualiste, et ce à l'adresse mentionnée sous le point 14.1.

- soit au moyen de l'application en ligne que l'INAMI met à la disposition à cette fin au moyen du portail MyInami

La lettre comportera les mentions suivantes, sous peine de non-recevabilité :

14.2.2.1. pour les médecins généralistes :

Numéro d'identification INAMI		
Je soussigné,		
Nom et prénom(s)		
Adresse complète :		
déclare exercer mon activité professionnelle conformément aux clauses de l'accord national médico-mutualiste, conclu le 22 décembre 2015, dans les conditions de temps et de lieu suivantes :		
a) consultations, rendez-vous et prestations au cabinet, en dehors des termes de l'Accord, d'un maximum de trois fois par semaine par plage de maximum quatre heures continues (point 11.2.2.2 « Périodes et conditions du conventionnement partiel ») :		
Jours	Adresse complète	Heures (de... jusqu'à ...)
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	Adresse complète	Heures (de... jusqu'à ...)
Date :		
Signature :		

14.2.2.2. 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 22 décembre 2015, 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, <u>à concurrence d'un maximum de quatre fois par semaine par plage de maximum quatre heures continues</u> (point 11.3.2.2. « Périodes et conditions du conventionnement partiel ») :		
Jours	Adresse complète	Heures (de... jusqu'à ...)

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	Adresse complète	Heures (de... jusqu'à ...)
Date :		
Signature :		

14.3. Les expressions de volonté sous les points 14.1 et 14.2 sont sensées être faites à la date mentionnée sur le tampon de la poste de l'envoi par recommandé ou à la date de l'enregistrement dans l'application en ligne.

En cas d'expressions de volonté contradictoires à une même date, il est donné priorité à l'expression de volonté au moyen de l'application en ligne.

14.4. Tous changements ultérieurs des conditions de temps et de lieu dans lesquelles, conformément aux clauses de l'accord, les médecins visés sous le point 14.2 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 concernés 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.

Fait à Bruxelles, le 22 décembre 2015.

Les représentants des médecins (ABSyM-BVAS, AADM et Cartel-Kartel).

Les représentants des organismes assureurs.

FEDERALE OVERHEIDSDIENST ECONOMIE,
K.M.O., MIDDENSTAND EN ENERGIE

[C – 2016/11039]

Huishoudelijk reglement van het Directiecomité

De vastlegging van de vergaderingen

Artikel 1. Het Directiecomité vergadert op uitnodiging van de Voorzitter en dit ten minste eenmaal per maand, behalve tijdens de maand augustus.

De oproepingen

Art. 2. De oproepingen voor de vergaderingen van het Directiecomité dienen ten minste twee werkdagen voor de vergaderingen in het bezit van de leden te zijn.

Wanneer het absoluut noodzakelijk is, kan de Voorzitter afwijken van het eerste lid.

De oproepingen worden in het Nederlands en in het Frans opgesteld. Zij worden elektronisch verstuurd.

De agenda

Art. 3. De agenda van de vergadering wordt bij de oproeping gevoegd.

Behoudens in geval van toepassing van artikel 2, tweede lid, moeten alle stukken betreffende de agendapunten ten minste twee werkdagen voor de vergaderingen in het bezit zijn van de leden. De stukken zijn beschikbaar op de gemeenschappelijke schijf van het Directiecomité "Leden DirCom".

Elk lid van het Directiecomité kan een verzoek richten aan de Voorzitter om punten op de agenda te plaatsen. Bij het verzoek worden alle relevante stukken gevoegd.

Het Directiecomité kan, in onderlinge overeenstemming, een bijkomend punt op de agenda plaatsen.

Wanneer een of meer punten van de agenda niet tijdens de vergadering van het Directiecomité behandeld kunnen worden, worden ze op de agenda van een volgende vergadering ingeschreven.

SERVICE PUBLIC FEDERAL ECONOMIE,
P.M.E., CLASSES MOYENNES ET ENERGIE

[C – 2016/11039]

Règlement d'ordre intérieur du Comité de direction

De la fixation des réunions

Article 1^{er}. Le Comité de direction se réunit sur invitation du Président et ce au moins une fois par mois, sauf durant le mois d'août.

Des convocations

Art. 2. Les convocations pour les réunions du Comité de direction doivent être en possession des membres au moins deux jours ouvrables avant les réunions.

En cas d'absolue nécessité, le Président peut déroger à l'alinéa 1^{er}.

Les convocations sont rédigées en français et en néerlandais. Elles sont adressées par courrier électronique.

De l'ordre du jour

Art. 3. L'ordre du jour de la réunion est joint à la convocation.

Sauf en cas d'application de l'article 2, alinéa 2, tous les documents relatifs aux points de l'ordre du jour doivent être en possession des membres au moins deux jours ouvrables avant les réunions. Les documents sont accessibles sur le disque commun des membres du Comité de direction « Leden DirCom ».

Chaque membre du Comité de direction peut transmettre au Président une requête en vue de mettre des points à l'ordre du jour avec les documents y afférents.

Le Comité de direction peut, par voie de consensus, ajouter un point supplémentaire à l'ordre du jour.

Au cas où un ou plusieurs points figurant à l'ordre du jour ne peuvent pas être traités lors de la réunion du Comité de direction, ils sont inscrits à l'ordre du jour d'une prochaine réunion.