
ACCORD NATIONAL MÉDICO-MUTUALISTE 2021

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 16 décembre 2020 l'accord suivant pour l'année 2021.

1. Introduction

1.1. Lorsque l'Accord national médico-mutualiste fut conclu dans des circonstances plutôt exceptionnelles fin 2019, personne ne pouvait s'imaginer l'onde de choc à laquelle les soins de santé seraient confrontés en 2020. La population a dû payer un lourd tribut à la crise de la COVID-19 et des efforts particuliers ont été exigés de la part de tous les dispensateurs de soins. Leur engagement et leur dévouement de tous les instants ont été et sont encore aujourd'hui largement salués et respectés. Dans la mesure du possible, les pouvoirs publics ont pris des mesures de soutien. La crise de la COVID-19 a, sans commune mesure, mis à l'épreuve la résilience des dispensateurs de soins. Elle a également mis en évidence la nécessité de réaliser des réformes et a renforcé le soutien dont ces réformes doivent bénéficier.

1.2. D'une manière générale, les réformes devraient se concentrer sur les objectifs suivants :

- le renforcement de la coopération entre les dispensateurs de soins à tous les niveaux, avec une participation accrue du patient ;
- l'innovation des mécanismes de financement par des incitants visant à assurer la coordination des soins, à promouvoir des objectifs de qualité et de santé et à éliminer les soins inefficaces ;
- le développement accru des soins numériques par la création des conditions cadres réglementaires, financières et qualitatives requises ;
- l'amélioration de l'accessibilité;
- la maîtrise des facteurs qui contribuent à une hausse des suppléments d'honoraires et à l'augmentation de la pression sur les rétrocessions sur les honoraires.

L'ambition de cet accord est de progresser dans ces domaines.

En collaboration avec d'autres parties prenantes et les pouvoirs publics, la CNMM entend soutenir cette démarche et développer un certain nombre de projets qui contribueront à la réalisation des objectifs susmentionnés, dans le cadre d'une approche appelée « Quadruple Aim » (améliorer les soins tels qu'ils sont prodigués à la personne, améliorer l'état de santé de la population en accordant une attention particulière à l'accessibilité et à la justice sociale, accroître la « valeur pour la santé » des patients par les moyens utilisés et veiller à ce que les professionnels de la santé soient en mesure d'effectuer leur travail de manière appropriée et durable).

1.3. Enfin, la CNMM s'investira également dans un certain nombre de projets prévus dans l'accord précédent, qui sont toujours en cours actuellement ou dans lesquels des progrès insuffisants ont été réalisés en raison de la crise sanitaire.

2. Cadre financier

2.1. L'objectif budgétaire partiel pour les honoraires des médecins pour l'année 2021 est de 8.890.505 milliers d'euros. Par rapport à l'objectif budgétaire partiel fixé pour l'année 2020 - qui ne tient pas compte de l'impact des dépenses liées à la crise de la COVID-19 - cela représente une croissance de 3,58 %.

Les honoraires relatifs aux prestations effectuées dans le cadre de soins à basse variabilité sont classés dans une rubrique spécifique. Les dépenses correspondantes pour l'année 2021 s'élèvent à 358.279 milliers d'euros.

Enfin, les honoraires relatifs à la dialyse à l'hôpital, dans un centre ou à domicile s'élèvent à 470.716 milliers d'euros.

2.2. Indexation des honoraires

L'objectif budgétaire partiel susmentionné pour l'année 2021 prévoit une masse d'indexation de 94.569 milliers d'euros. La masse d'indexation pour les honoraires relatifs aux soins à basse variabilité s'élève à 3.500 milliers d'euros (par rapport aux prestations des médecins). La masse d'indexation pour les honoraires de dialyse s'élève à 4.644 milliers d'euros. Au total, la masse d'indexation s'élève à 102.713 milliers d'euros. De plus un montant de 2.660 milliers d'euros est disponible dans la rubrique des honoraires de surveillance (revalorisation phase 1). Ainsi, le montant total disponible s'élève à 105.373 milliers d'euros.

Toutefois, l'utilisation de la masse d'indexation doit tenir compte du financement d'un certain nombre d'adaptations de la nomenclature prévues dans l'accord 2020 ou pour lesquelles des projets ont déjà été approuvés au cours de l'année 2020 au sein du Conseil technique médical (CTM).

Il s'agit des projets suivants :

- médecine physique et rééducation fonctionnelle (4,886 mios d'euros)
- revalorisation honoraires de surveillance hôpital de jour oncologie et rhumatologie (3, 310 mios d'euros)
- surveillance du malade admis dans un service D (2,660 mios d'euros)
- corrections techniques (0,201 mios d'euros)
- autres projets: 1,392 mios d'euros (neuromonitoring intra-opératoire, téléophtalmologie)

L'impact global de ces projets, déduit de la masse d'indexation disponible, s'élève à 12.449 milliers d'euros.

Un ensemble de mesures dans le secteur de la biologie clinique (ex. transplantation de cellules souches par PCR, CLL-igHV, flowcytométrie diagnostique ALL, panels respiratoires larges PCR) avec un impact financier de 5.022 milliers d'euros sera compensé par des économies dans le secteur (dosage d'urée et cumul vitesse de sédimentation CRP).

La masse d'indexation disponible après les projets susmentionnés s'élève à 92.924 milliers d'euros.

De ce montant, 10.728 milliers d'euros sont déjà arrêtés par des arrêtés royaux ou par des conventions :

- Les honoraires forfaitaires par prescription de biologie clinique
- Les honoraires dans les conventions qui concernent la reconstruction mammaire et la chirurgie complexe
- Les honoraires de « genetic counseling » et les trajets de soins
- Les honoraires hors nomenclature relatifs aux honoraires de disponibilité et l'avis médical chez les patients palliatifs
- Les forfaits et honoraires relatifs à la convention dialyse

De ce montant, 10.444 milliers d'euros concernent les honoraires des médecins spécialistes et 284 milliers d'euros concernent les honoraires des médecins généralistes.

Par conséquent, la masse d'indexation restant à affecter s'élève à 82.196 milliers d'euros.

La CNMM constate que la masse des honoraires des médecins généralistes est de 20,25 % et celle des spécialistes de 79,75 %. Il est proposé de répartir la masse d'indexation correspondante de la même manière en prenant en compte les honoraires indexés par arrêté royal ou par convention.

Les prestations de biologie clinique et imagerie médicale sont indexées de 0,80%.

Les honoraires des consultations, visites et avis sont indexés de 1,01 %. Le DMG est indexé de 1,25% pour arriver à un honoraire de 32,00 euros en 2021.

Les prestations spéciales et les prestations de gynécologie et de surveillance sont augmentées de 0,84%. La Consultation oncologique multidisciplinaire (COM) est indexée de 1,01 %.

Les prestations de chirurgie sont indexées de 0,90 %. Cette rubrique comprend les prestations des articles :

- 12 (anesthésiologie) ;
- 13 (réanimation) ;
- 14 (chirurgie) à l'exception des articles 14 I (stomatologie) et 14 g (gynécologie-obstétrique) ;

Les honoraires hors nomenclature sont indexés de 1,01 %. Les dépenses relatives au contrôle de qualité des laboratoires sont indexées de 0,80 %. Aucune indexation n'est prévue pour la prime de pratique intégrée ;

2.3. Soins efficaces

2.3.1. Conformément à la proposition du Comité de l'assurance (Note CSS 2020/237), la CNMM coopérera pleinement avec la taskforce « créée au sein de l'INAMI en vue d'élaborer un plan de soins efficaces (réduction des variations de la pratique médicale, prescription rationnelle...) tout en gardant à l'esprit un certain budget qui devrait générer en 2022 des gains d'efficience sur une base structurelle. Avant le 30 juin 2021, un rapport sera soumis au Comité de l'assurance qui assurera la supervision et la coordination. L'objectif est de réinvestir intégralement les sommes concernées dans les soins de santé. »

Ce plan sera élaboré en concordance avec les objectifs politiques du gouvernement et en étroite concertation avec les spécialités médicales concernées. Il ne peut entraîner des charges supplémentaires pour le patient, ni des modifications des rétrocessions sur les honoraires dans le secteur hospitalier.

La CNMM contribuera également à la mise en œuvre de la décision du gouvernement d'augmenter encore la part des médicaments à bas prix et des biosimilaires et de responsabiliser les prescripteurs. Ces mesures feront l'objet d'une concertation préalable.

2.3.2. Dans ce contexte, la CNMM s'est fixé comme objectif d'élaborer des mesures en 2021 pour un montant de 40 mios d'euros sur base annuelle afin de pouvoir concrétiser parallèlement plusieurs des revalorisations proposées par la CNMM. Ces glissements peuvent s'accompagner de stimulants pour les dispensateurs de soins afin d'atteindre les objectifs fixés.

2.3.3. Les mesures doivent s'inscrire dans le principe « les soins adéquats, au bon endroit, pour un prix correct » et s'appuieront, entre autres, sur des recommandations scientifiques et des propositions du KCE.

2.3.4. L'objectif prévu servira en premier lieu à apurer une mesure prévue en 2020 qui n'a pas été réalisée. (impact 4,7 mios d'euros).

Le montant restant pourra être utilisé prioritairement pour les initiatives suivantes :

- amélioration de la protection sociale des MSF/MGF sans que cela peut mener à une limitation des revenus nets. Une proposition concrète sera élaborée en concertation avec les organisations de médecins en formation concernées avant le 31 mars 2021 (impact : 10 mios d'euros);
- revalorisation des honoraires de surveillance en gériatrie (impact : 5 mios d'euros);
- examen d'un patient admis en hôpital (599082) (impact : 1,7 mio d'euros)
- revalorisation consultation chez le pneumologue (impact : 2 mio d'euros)
- extension et revalorisation du DMG (impact 8,8 mio d'euros);
- révision du libellé de la visite d'un médecin chez un patient résidant dans un centre d'hébergement et de soins pour personnes âgées (impact 4 mios d'euros) ;
- projet Prisma (impact : 0,2 mios d'euros)
- revalorisation de l'anesthésie pour narcodontie chez les enfants et les personnes vulnérables (impact : 0,6 mios d'euros);
- mesures spécifiques sur le plan de l'accessibilité (impact : 3 mios d'euros).

2.4. Approche pluriannuelle

À la suite de la fixation et de l'approbation de l'objectif budgétaire global 2021 le 19 octobre 2020, le gouvernement a affirmé partager la volonté d'adapter le cadre budgétaire de l'assurance maladie pour permettre la concertation dans une perspective pluriannuelle prévisible, d'encourager le décloisonnement et de soutenir la mise en œuvre des réformes nécessaires concernant les objectifs de santé prioritaires.

À cet égard, notons que l'INAMI a estimé à 1,4 % la croissance annuelle réelle des dépenses pour les honoraires des médecins pour la période 2021-2024. Or ce pourcentage est largement inférieur à la croissance autorisée pour l'objectif budgétaire global, celui-ci ayant été fixé à 2,5 % pour la période 2022-2024.

La CNMM insiste pour autoriser une croissance d'au moins 2 % par an en tenant compte des besoins. Cela permettrait d'investir un montant supplémentaire d'environ 60 millions d'euros dans les soins médicaux. La CNMM est d'accord que, conformément à l'accord de gouvernement, cet investissement devrait servir à élargir le paquet d'assurance, à améliorer l'accessibilité, à renforcer la première ligne et à promouvoir les soins intégrés, à améliorer la qualité et à introduire des innovations pour le patient. Toutefois, il convient également de veiller à un meilleur

remboursement des honoraires pour les contacts au chevet des patients et un soutien aux pratiques pour les tâches liées aux soins des patients chroniques.

3. Projets spécifiques

3.1. Télémédecine

3.1.1. Pour assurer la continuité des soins pendant la crise de la COVID-19, l'INAMI a, en mars 2020, pris des initiatives pour permettre les soins à distance via des consultations par téléphone et par vidéo pour les dispensateurs de soins et les patients. Un groupe de travail transversal sur les soins numériques a été créé au sein du Comité de l'assurance de l'INAMI à la mi 2020. Ce groupe de travail est notamment chargé de concevoir un cadre pour les téléconsultations, la télé-expertise et la télésurveillance. Ceci vaut aussi pour les applications de mHealth. Le groupe de travail a également organisé une enquête auprès des dispensateurs de soins et des patients pour connaître leur expérience et leurs attentes en la matière.

3.1.2. Compte tenu de ces constats et de l'analyse du KCE (rapport 328B), nous prévoyons pour le premier semestre de 2021 un cadre juridique clair et simple en matière de prestations de télémédecine afin de favoriser des soins de qualité. En attendant, les honoraires provisoires appliqués seront maintenus.

3.1.3. De nouvelles mesures sont prises en matière de télé-expertise : le projet de télé-dermatologie se poursuit et un projet de télé-ophtalmologie est lancé. On misera aussi sur les applications mobiles pour la télé-expertise entre médecins (ex. Prisma).

3.1.4. Début 2021 sera également lancé un projet transversal pour le télé-monitoring de la COVID-19.

3.1.5. La CNMM souhaite que la possibilité temporairement prévue en 2020 de participer à la COM par vidéoconférence soit maintenue. Le groupe de travail ad hoc COM du CTM évaluera l'application de la nomenclature COM actuelle et formulera des propositions afin de résoudre les problèmes constatés.

3.1.6. La CNMM souhaite qu'on fasse de fameux pas en avant en 2021 dans le dossier « decision support » pour l'imagerie médicale et la biologie clinique.

3.2. Postes de garde et coopérations

3.2.1. En 2021, le budget des postes de garde de médecine générale s'élèvera à 34.768 milliers d'euros, ce qui correspond à une hausse de 4,9 % par rapport au budget 2020. Ceci permettra de financer le fonctionnement de 4 nouveaux projets et l'extension de 6 postes de garde existants. Ce budget contient aussi un montant de 750.000 EUR pour le financement des coopérations. Le financement pour les gardes en semaine dans le cadre de la COVID-19 est prolongé. Il s'agit d'un montant de 1 mio d'euros.

3.2.2. En vertu de l'arrêté royal du 10 septembre 2020 relatif à la permanence médicale par les médecins généralistes et à l'agrément des coopérations fonctionnelles qui entrera en vigueur en principe le 1^{er} juillet 2021, à partir de cette date la permanence médicale devra être assurée par des coopérations fonctionnelles qui couvrent une zone géographique donnée et qui sont agréées par le ministre fédéral de la Santé publique. Les coopérations fonctionnelles comprennent toujours au minimum 2 postes de garde.

Les coopérations fonctionnelles doivent s'affilier au système d'appel centralisé 1733. Le CNMM appelle à un déploiement rapide et qualitatif du système 1733. Les coopérations fonctionnelles prennent la forme d'une asbl. Elles détaillent également l'articulation de la permanence médicale avec les autres intervenants dans le cadre des soins non planifiables, tels que les services d'urgence locaux. Les coopérations fonctionnelles doivent introduire une demande d'agrément.

La CNMM insiste sur un timing réaliste pour l'implémentation. Entretemps, la CNMM s'engage à répertorier pour le 31 mars 2021, avec l'aide des coordinateurs des postes de garde de médecine générale, les coopérations potentielles. Sur cette base, un plan d'implémentation concret et un scénario seront élaborés en collaboration avec le SPF Santé publique. Ils seront soumis pour approbation à la CNMM avant le 30 juin 2021.

3.2.3. Ensuite, un budget de 3.030 milliers d'euros est prévu pour l'organisation de gardes en semaine. En outre, la CNMM décide de prolonger jusqu'au 30 juin 2021 le financement des 15 projets existants. En se basant notamment sur l'évaluation des projets en cours, le groupe de travail « postes de garde de médecine générale » de la CNMM formulera une proposition portant sur les modalités et les conditions de financement des gardes en semaine.

3.2.4. Enfin la réforme des honoraires de disponibilité sera préparée.

3.3. Accréditation

3.3.1. L'Accord national médico-mutualiste 2018-2019 prévoyait la révision du système d'accréditation.

Sur le plan du contenu, il avait été décidé de partir d'un système en trois volets:

- le suivi de la formation professionnelle continue, pour soutenir le cycle PDCA du médecin ou de la pratique médicale, à travers des programmes agréés, des formations et des parcours d'e-learning en relation avec les évolutions scientifiques pertinentes et en tenant compte des priorités définies dans le plan EBP ;
- la participation au peer review dans des groupes de qualité locaux (GLEM) en vue du développement d'une coopération professionnelle utile et de la formulation de programmes d'amélioration qualitative au niveau du GLEM ;
- la réalisation d'objectifs généraux ou individuels en matière de qualité, basés sur un ensemble d'indicateurs de prescription et de traitement mis au point avec des experts appartenant aux associations scientifiques pertinentes.

Jusqu'à présent, aucune avancée significative n'a pu être enregistrée en la matière. La CNMM souhaite confirmer les principes précités. Elle charge également les présidents du CNPQ et du groupe de direction de l'accréditation de concevoir, en concertation avec toutes les parties prenantes, un plan de réforme à soumettre à la CNMM pour le 30 juin 2021.

3.3.2. Sur le plan financier, des démarches ont déjà été entreprises pour mieux répartir la masse financière destinée à l'accréditation, en tenant compte du principe « à efforts équivalents, rémunération équivalente ».

C'est dans cet esprit que les suppléments d'accréditation pour les honoraires forfaitaires en biologie clinique ont été réduits en 2020. L'accord stipulait également que dans les années à venir, on s'efforcera d'atteindre cette équivalence.

À ce propos, force est de constater que la différence en termes d'honoraires pour les consultations varie de manière notable d'une catégorie de médecins à l'autre.

La CNMM propose que l'équipe scientifique chargée de préparer la réforme de la nomenclature soit invitée à élaborer une proposition concrète d'ici le 30 juin 2021 qui permette d'aplanir les différences existantes et de les répartir plus équitablement.

3.4. Nomenclature

3.4.1. Le 25 septembre 2019, l'INAMI a donné le coup d'envoi d'une réforme structurelle de la nomenclature des prestations de santé. Cette réforme est soutenue par trois équipes scientifiques et se déroule en trois phases :

- phase 1 : restructuration et adaptation du libellé des prestations

- phase 2 : détermination du rapport existant entre les différentes prestations sur la base de critères objectifs
- phase 3 : évaluation des frais de fonctionnement nécessaires à la mise en œuvre des prestations de santé

Cette réforme est cruciale dans le cadre de la réforme du financement des hôpitaux mais aussi en vue de corriger des différences de revenus déraisonnables entre médecins généralistes et médecins spécialistes et entre médecins spécialistes entre eux. Une adaptation de la nomenclature aux nouveaux modèles de prestation des soins (télémédecine, soins multidisciplinaires,...) est indispensable.

La première phase sera finalisée dans le courant de 2021. Les différents groupes professionnels ont été intensivement associés à ce sujet.

La CNMM insiste pour qu'on puisse entamer en parallèle les deux prochaines phases en 2021. Des adaptations techniques à la facturation seront aussi déjà élaborées.

3.4.2. Ensuite, en 2021, une attention spécifique sera prêtée aux secteurs suivants: biologie clinique, imagerie médicale et médecine nucléaire.

La CNMM souhaite que toutes les parties prenantes prennent des mesures rapides pour distinguer de façon transparente et standardisée, au sein des honoraires de tous les médecins, la partie « honoraires médicaux destinés à couvrir tous les frais directement ou indirectement liés à l'exécution de prestations médicales et non couverts par d'autres sources » de la partie « honoraires destinés à couvrir la prestation du médecin ». Cet ajustement ne peut être dissocié de la réforme du financement des hôpitaux. A cet égard il importe essentiellement les trois éléments suivants :

- premièrement des garanties légales doivent être prévues en matière de gestion médicale en ce qui concerne la partie des honoraires qui est liée aux coûts ;
- deuxièmement cela doit également aller de pair avec un encadrement légal dans l'esprit de l'article 155, § 3, alinéa 2 de la loi sur les hôpitaux doit être établi ;
- troisièmement cela doit aller de pair avec une réduction simultanée des contributions des honoraires médicaux au gestionnaire d'hôpital ainsi qu'une meilleure gestion des suppléments.

De plus, la CNMM est d'avis que les efforts du gouvernement en vue du refinancement des hôpitaux doivent également mener à une diminution des rétrocessions et avoir un effet proportionné sur le niveau des honoraires supplémentaires.

3.5. Simplification administrative

La CNMM a pris connaissance de l'initiative de jeunes médecins généralistes pour conjuguer leurs forces avec les organisations représentatives des médecins en vue de réaliser la simplification administrative, en particulier sur le plan des certificats Chapitre IV, l'uniformisation des attestations d'incapacité de travail, la diminution des certificats médicaux de courte durée et l'accessibilité pour des groupes vulnérables. L'objectif est de permettre aux médecins de se focaliser sur leurs tâches primordiales.

Une concertation entre les différentes instances devrait également être organisée afin de limiter le nombre de certificats sans valeur ajoutée médicale spécifique.

La CNMM et l'INAMI souhaitent apporter leur pleine collaboration à cette initiative. Un groupe de travail spécifique sera mis sur pied avec les parties prenantes concernées et les partenaires sociaux pour formuler un certain nombre de propositions concrètes sur la base des analyses disponibles d'ici le 31 mars 2021.

3.6. MGF et MSF

3.6.1. La CNMM plaide en faveur d'une modification en profondeur des droits sociaux du médecin en formation. Elle se réjouit qu'à l'occasion de l'injection financière accordée au secteur hospitalier par le gouvernement, on a consenti un effort particulier pour les MSF. La CNMM demande au ministre de veiller à ce que les montants prévus pour le MSF leur soient effectivement alloués.

Toutefois, d'autres étapes doivent être prises sur ce plan en vue de garantir une rémunération équitable et uniforme et des conditions de travail correctes. Les autorités compétentes doivent aussi veiller à la qualité de la formation.

3.6.2. Le montant du statut social des MGF et MSF s'élève à 6.351,21 EUR pour l'année 2021.

3.6.3. Enfin, un montant de 10 mios d'euros sera libéré via le projet « soins efficaces » (cf point 2.3.4.).

3.6.4. La CNMM souhaite prendre connaissance pour le 31 mars 2021 de l'impact financier de l'adaptation de la rémunération et de l'amélioration de la protection par la sécurité sociale.

3.7. Dossier médical global (DMG) et prime de pratique

3.7.1. Les mesures relatives à la réforme du DMG entreront en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2021. Le DMG est un pilier essentiel pour des soins de qualité dispensés au patient et un facteur crucial sur le plan du partage des données.

En 2021, cette réforme du DMG sera suivie de près par le groupe de travail qui, après analyse et identification des problèmes éventuels, formulera des recommandations pour ajuster le processus et affiner la réglementation, en accordant une attention particulière aux médecins généralistes débutants n'ayant que peu voire pas de revenus liés au DMG.

3.7.2. Parallèlement à cette réforme, l'attention nécessaire doit être accordée à l'amélioration de la qualité du DMG. La CNMM propose qu'un nombre de paramètres soient développés pour permettre de mesurer la qualité du DMG. Le groupe de travail formulera des propositions à cette fin au cours du premier semestre de 2021. Ces paramètres seront intégrés dans les conditions d'octroi dès 2022. Les incitations données au DMG servent à augmenter la qualité afin d'atteindre les objectifs de santé tels que décrits dans l'accord de gouvernement.

3.7.3. Dans le cadre de la taskforce « soins efficaces », on examinera également si le DMG malades chroniques peut être étendu à des catégories d'âge supplémentaires avec une qualité de contenu.

3.7.4. Les conditions pour l'octroi de la prime de pratique intégrée restent inchangées pour l'année 2021.

3.7.5. L'introduction de critères de qualité dans la prime de pratique intégrée – en l'occurrence dans la proposition relative au DMG – répond à un souhait fréquemment exprimé.

Toutefois, il est important de vérifier à l'avance si ces paramètres peuvent faire l'objet d'un suivi dans tous les logiciels de médecine générale, et il faut vérifier et prouver à l'avance que, par exemple, l'extraction automatique est possible sans aucune manipulation supplémentaire.

4. Accessibilité

4.1. La CNMM est d'avis que l'interdiction d'application du **système du tiers payant** pour les consultations et les visites doit être levée. Cette mesure devrait toutefois être accompagnée de mesures connexes pour garantir une application correcte du tiers payant.

4.2. La CNMM développera les propositions de mesures nécessaires devant permettre d'apporter une meilleure **transparence** concernant l'attestation des suppléments d'honoraires dans le secteur ambulatoire. D'ici le 30 juin 2021, la CNMM procédera à une analyse concernant l'attestation de suppléments pour des prestations en services techniques médicaux (biologie, imagerie, services nucléaires et anatomie pathologique). La possibilité d'un conventionnement au niveau des laboratoires sera par ailleurs examinée.

4.3. La CNMM insiste pour qu'un modèle standard **d'estimation des coûts** pour un nombre d'hospitalisations courantes soit préparé et soit introduit au plus tard le 1er janvier 2022, parallèlement à l'adaptation du modèle de la facture patient.

4.4. La CNMM rappelle sa position sur le fait d'établir « - dès que possible au début de la prochaine législature - un cadre budgétaire pluriannuel pour le secteur hospitalier où divers défis seraient relevés de manière intégrée. Un **trajet de maîtrise** pour les suppléments dans le secteur hospitalier devrait y être prévu, en tenant compte également du fait qu'à l'avenir, les hôpitaux constitueront des réseaux entre eux. Ce trajet de maîtrise devrait également tenir compte du niveau des suppléments d'honoraires actuellement attestés. Le trajet de maîtrise devrait se rapporter tant aux suppléments qu'aux retenues dans les hôpitaux. »

4.5. Augmentation du taux de conventionnement

4.5.1. La CNMM est préoccupée par le fait que certains médecins spécialistes (dermatologues, ophtalmologues, gynécologues...) ont un taux de refus d'adhésion à l'accord supérieur à 50 %. Dès lors, l'accès aux soins en question risque être entravé dans plusieurs arrondissements. L'étude récente de l'AIM sur le degré de convention est une bonne base pour examiner les causes de la diminution du conventionnement dans certains disciplines et dans certaines régions.

Compte tenu de cette préoccupation, les initiatives suivantes sont proposées :

En raison du faible taux de conventionnement dans les spécialités suivantes (ophtalmologie, gynécologie, dermatologie, imagerie médicale, orthopédie...), une concertation sera lancée entre les représentants de la CNMM et les représentants des associations professionnelles concernées afin de préparer d'éventuelles initiatives pour l'avenir.

La CNMM mettra sur pied un groupe de travail permanent chargé d'examiner des propositions concernant le fonctionnement et la modernisation de la concertation et d'étudier toute mesure susceptible de contribuer à l'amélioration de l'attrait du système d'accords et à accroître la clarté pour les patients, y compris dans le cadre du conventionnement partiel.

4.5.2. Compte tenu de l'évolution inévitable vers plus d'informatisation et de dématérialisation des documents, une solution sera recherchée au sein de la CNMM, assurant un équilibre dans le secteur ambulatoire entre, d'une part, la nécessité de transparence de la part des organismes assureurs et, d'autre part, le fait d'éviter les obligations unilatérales et non concertées de la part des dispensateurs de soins. Les parties s'engagent à établir d'un commun accord un règlement permettant aux

organismes assureurs du secteur ambulatoire de disposer de l'ensemble des montants attestés à l'assuré au titre des prestations remboursables dès que l'attestation par certificats papier aura été remplacée par un circuit électronique. Dans le cadre de cette concertation, il sera déterminé quel usage peut être fait des données concernées, à la lumière de la législation sur la vie privée, d'une part, et des missions légales des organismes assureurs, d'autre part.

5. Autres points d'attention

5.1. La CNMM souhaite moderniser son règlement d'ordre intérieur et son fonctionnement.

5.2. La CNMM étudiera comment et dans quelles conditions un soutien aux médecins généralistes peut être organisé en 2022 pour les tâches liées aux soins des patients chroniques (cf point 2.4.).

5.3. La CNMM demande instamment que le délai d'exécution des mesures approuvées soit accéléré.

6. Statut social

Le montant du statut social 2021 pour les médecins s'élève à:

- 5.088,58 euros pour les médecins qui ont adhéré à l'accord national médico-mutualiste en vigueur pour l'ensemble de leurs activités et qui atteignent le seuil d'activité figurant en annexe ou qui sont exemptés de l'obligation d'atteindre le seuil d'activité
- et
- 2.400,40 euros pour les médecins qui ont adhéré à l'accord national médico-mutualiste en vigueur pour l'ensemble de leurs activités et qui atteignent le seuil d'activité réduit et pour les médecins qui ont adhéré partiellement à cet accord et qui atteignent le seuil d'activité.

Le 1^{er} janvier 2021, les montants de base de la pension de retraite d'une part, et de la pension de survie d'autre part ont été fixés respectivement à 6.090,59 euros et 5.075,63 euros par an.

7. Mesures de correction

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

Si, en raison de l'éventuelle application d'une prolongation automatique du DMG ou d'une extension du régime du tiers payant obligatoire, on constate des dépenses supplémentaires au cours de la période de l'accord, ces dépenses supplémentaires ne peuvent donner lieu à des corrections au sens des articles 18 et 40 de la loi SSI.

8. 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.

9. Conditions d'application de l'accord

9.1. 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 :

- les dispensateurs de soins entièrement conventionnés ;
- les dispensateurs de soins partiellement conventionnés.

9.2. Médecins généralistes.

9.2.1. 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 9.2.3, les taux d'honoraires et les indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués à l'ensemble de sa pratique.

9.2.2. Les dispensateurs de soins partiellement conventionnés

9.2.2.1. 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 9.2.2.2.

Sauf durant les périodes et selon les conditions définies strictement au point 9.2.2.2, ou sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 9.2.3, les taux d'honoraires et les indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués à l'ensemble de sa pratique.

9.2.2.2. 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 :

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

9.2.2.2.2. 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 9.2.3.

9.2.3. Exigences particulières du bénéficiaire

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

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

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

9.2.3.3. 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 ;

9.2.3.4. 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.

9.3. Médecins spécialistes

9.3.1. Les dispensateurs de soins entièrement conventionnés

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

9.3.2. Les dispensateurs de soins partiellement conventionnés

9.3.2.1. 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 9.3.2.2.

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

9.3.2.2. Périodes et conditions du conventionnement partiel

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

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

9.3.2.2.2. 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 9.3.3, et à des heures qui conviennent normalement aux bénéficiaires de l'assurance soins de santé ;

9.3.2.2.3. 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 9.3.3.

9.3.3. Exigences particulières du bénéficiaire

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

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

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

9.3.3.3. les consultations aux patients ambulatoires 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 spécialiste, pour des raisons personnelles, assure des consultations accessibles au public, reçoit sur rendez-vous ou effectue des visites à ces heures et ces jours.

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

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

9.4. 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 euros par ménage, augmentés de 2.253,73 euros par personne à charge, lorsqu'il n'y a qu'un seul titulaire ;

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

9.5. Les contestations concernant le point 9 feront l'objet d'un arbitrage par un collège paritaire composé par la CNMM et présidé par un fonctionnaire de l'INAMI.

9.6. Les médecins qui appliquent le tiers payant facultatif comme prévu par l'arrêté royal du 18 septembre 2015 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 couvertes par le tiers payant facultatif précité.

10. 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.

11. Durée de l'accord

11.1. Le présent accord est conclu pour une période d'un an, à savoir du 1^{er} janvier 2021 au 31 décembre 2021 inclus.

11.2. Résiliation

11.2.1. Conformément à l'article 51, § 9, de la loi SSI, le présent accord peut être dénoncé entièrement ou partiellement par une partie ou par un dispensateur de soins individuel pendant la durée de celui-ci, si le Roi ou le Conseil général prennent des mesures dans l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités entraînant une restriction des honoraires fixés conformément à l'article 50, § 6, à l'exception des mesures prises en application des articles 18, 51 et 68 de cette loi.

11.2.2. L'accord peut être dénoncé entièrement ou partiellement par une partie après 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, sauf si ces mesures ont été prises en exécution des points 3.4.2, 4.1. ou 7 de l'accord, avec l'accord de la CNMM.

11.2.3. L'accord peut être dénoncé par une partie ou par un médecin, après la publication au Moniteur belge d'une législation ou 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.

11.2.4. Une organisation représentative qui souhaite invoquer la dénonciation sur la base des situations visées aux points 11.2.1. à 11.2.3. le notifie par lettre recommandée à la poste, adressée au président de la CNMM, dans un délai de 15

jours après la constatation d'une des situations précitées. Dans ce cas le président de la CNMM convoque une réunion à laquelle le ministre est invité. Si aucun accord n'est trouvé à l'occasion de cette réunion, l'accord prend fin 30 jours après la survenance d'une de ces situations.

Dans ces 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 appliquer les tarifs en vigueur.

11.2.5. Un médecin qui souhaite invoquer la dénonciation sur la base de la situation visée aux points 11.2.1 ou 11.2.3, le notifie par lettre recommandée à la poste, adressée au président de la CNMM, dans un délai de 15 jours après la constatation d'une des situations précitées. Cette dénonciation est individuelle et est d'application à partir de l'entrée en vigueur des mesures visées aux points 11.2.1. ou 11.2.3.

11.2.6. Les partenaires s'engagent à respecter les engagements s'étendant au-delà de 2020, lors des négociations d'un prochain accord.

12. Formalités

12.1. Les médecins qui refusent d'adhérer aux termes du présent accord notifient leur refus dans les trente jours qui suivent la publication de cet accord au Moniteur belge au moyen de l'application en ligne sécurisée que l'INAMI met à disposition à cette fin sur le portail MyInami.

12.2. Les médecins, autres que ceux qui, conformément aux dispositions prévues au point 12.1, ont notifié leur refus d'adhésion aux termes de l'accord conclu le 16 décembre 2020 à la CNMM, sont réputés d'office avoir adhéré à cet accord pour leur activité professionnelle complète, sauf si, dans les trente jours qui suivent la publication de cet accord au Moniteur belge, ils ont communiqué, d'une part, les conditions de temps et de lieu dans lesquelles ils appliqueront le montant des honoraires qui y sont fixés, conformément aux clauses du présent accord, et, d'autre part, les conditions de temps et de lieu dans lesquelles ils n'appliqueront pas le montant des honoraires qui y sont fixés. Cette communication se fait au moyen de l'application en ligne sécurisée que l'INAMI met à disposition à cette fin sur le portail MyInami.

12.3. Tous changements ultérieurs des conditions de temps et de lieu dans lesquelles, conformément aux clauses de l'accord, les médecins visés sous le point 12.2. appliqueront les montants d'honoraires qui y sont fixés, peuvent être appliqués à partir de leur communication au moyen de l'application en ligne sécurisée que l'INAMI met à disposition à cette fin sur le portail MyInami.

16/12/2020

12.4. Les expressions de volonté sous les points 12.1, 12.2 et 12.3 sont censées être faites à la date de l'enregistrement dans l'application en ligne.

Fait à Bruxelles, le 16 décembre 2020

ANNEXE A L'ACCORD NATIONAL MEDICO-MUTUALISTE 2021

En 000 EUR	Application	Base annuelle
Moyens disponibles		
Honoraires médicaux: Masse index 2021	01-01-21	94.569
Dialyse: Masse index 2021	01-01-21	4.644
SBV: Masse index 2021 (partie médecins)	01-01-21	3.500
ANMM 2020: Montant disponible mesure surveillance (revalorisation phase 1)	01-01-21	2.660
Total		105.373
Utilisation des moyens		
Indexation sélective		92.924
Biologie clinique	01-01-21	13.523
Index: 0,80%		
Honoraires forfaitaires par prescription : 1,01%		
Imagerie médicale	01-01-21	11.321
Index: 0,80%		
Consultations, visites et avis	01-01-21	31.484
Index: 1,01%		
Trajets de soins: 1,01%		
DMG: index 1,25% (vers 32,00 euros)		
Prestations techniques art. 3: 0,84%		
Prestations spéciales	01-01-21	12.690
Index: 0,84%		
Genetic counseling, COM et conventions chirurgie complexe: 1,01%		
Chirurgie	01-01-21	10.539
Article 12 Anesthésiologie: index 0,90%		
Article 13 Réanimation: index 0,90%		
Article 14 Chirurgie: index 0,90%		
à l'exception de l) stomatologie (prestations spéciales: index 0,84%)		
et g) Gynécologie et accouchement (Gynécologie: index 0,84%)		
Conventions reconstruction mammaire et chirurgie complexe: 1,01%		
Gynécologie	01-01-21	532
Index: 0,84%		
Surveillance	01-01-21	4.106
Index: 0,84%		
Honoraires hors nomenclature	01-01-21	1.105
Index: 1,01%		

Honoraires de disponibilité et avis médical patients palliatifs: 1,01%		
Prime intégrée médecine générale: pas d'index		
Contrôle qualité: 0,80%		
Dialyse		
Index: 1,01%	01-01-21	4.644
SBV		
Index (partie médecins)	01-01-21	2.980
b) Initiatives		12.449
Médecine physique et rééducation fonctionnelle		4.886
Revalorisation honoraires de surveillance hôpital de jour oncologie et rhumatologie (phase 2)		3.310
Surveillance des malades admis dans un service D	01-01-20	2.660
Autres projets (neuromonitoring intra-opératoire et téléophtalmologie)		1.392
Corrections techniques		201
Total		105.373

En 000 EUR	Application	Base annuelle
Soins efficaces		
Mesure soins efficaces		-40.000
Total		-40.000
Utilisation des moyens		
Dans l'accord 2020 économie prévue		4.700
Amélioration de la protection sociale des MSF/MGF		10.000
Revalorisation des honoraires de surveillance en gériatrie		5.000
Examen d'un patient admis en hôpital (599082)		1.700
Revalorisation consultation chez le pneumologue		2.000
Visite dans un centre d'hébergement et de soins pour personnes âgées		4.000
Revalorisation et extension DMG		8.800
Projet Prisma		200
Revalorisation de l'anesthésie pour narcodontie chez les enfants et les personnes vulnérables		600
Mesures spécifiques pour les personnes vulnérables		3.000
Total		40.000