

ACCORD NATIONAL MÉDICO-MUTUALISTE 2020

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 19 décembre 2019 l'accord suivant pour l'année 2020.

1. Contexte

Cet accord a vu le jour dans des circonstances assez exceptionnelles. D'une part, la CNMM a dû attendre la seconde moitié du mois de novembre pour savoir dans quel contexte budgétaire les négociations sur la conclusion d'un nouvel accord pourraient être menées. D'autre part, on ignore à ce jour quelles orientations stratégiques seront prises au début de la nouvelle législature.

Bien que cette situation particulière ne facilite pas la conclusion d'un accord, la CNMM estime qu'un cadre d'accords clair entre les médecins et les mutualités constitue incontestablement une plus-value pour l'organisation et la gestion de l'assurance soins de santé.

L'accent ne doit pas être uniquement mis sur des perspectives à court terme. Il convient également d'adopter une approche à long terme en prêtant suffisamment attention à l'aspect transversal. C'est pourquoi la CNMM continue à souscrire aux objectifs exposés dans la proposition du Comité de l'assurance soins de santé relative au budget des soins de santé 2020 (note CSS 2019/314). Dans cette note, on plaide en faveur d'un financement suffisant de l'assurance soins de santé, d'un trajet budgétaire pluriannuel stable et d'une politique transversale basée sur des objectifs de santé. C'est pourquoi la CNMM contribuera aussi en 2020 concrétiser davantage les activités relatives à la réalisation de la vision stratégique qui a été lancée par le Comité de l'assurance et par le Conseil général du Service des soins de santé en 2019.

Les objectifs appelés « Quadruple Aim » (améliorer la qualité des soins perçue et la santé au niveau de la population, accroître l'efficacité des moyens investis et accorder de l'attention aux dispensateurs de soins qui doivent pouvoir fournir des soins durables et de qualité) serviront de fil conducteur.

La CNMM exprime également son souhait d'être associée à la mise en œuvre des réformes en cours qui ont une incidence sur l'assurance soins de santé, telles que la loi du 28 février 2019 en ce qui concerne le réseautage clinique entre hôpitaux et la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé.

2. Principes de départ

Vu ces considérations, l'accord national médico-mutualiste contient les éléments suivants :

- une utilisation modulée de l'enveloppe d'indexation disponible, avec une indexation complète (1,95 %) des honoraires de consultations, de visites et de surveillance, ce qui permet de procéder de manière sélective à des revalorisations dans certains domaines (pédiatrie ; honoraires de surveillance en hôpital de jour oncologique ; planification anticipée des soins (« Advanced Care Planning »),...) et de concrétiser certaines propositions du Conseil technique médical. Enfin, la CNMM soutient le projet de réforme de la nomenclature ;

- des efforts en vue d'optimiser l'organisation des soins. Mentionnons à cet égard le renforcement du Dossier médical global (DMG), l'élargissement et l'extension des postes de garde et l'élaboration d'accords de collaboration, l'exploration des possibilités en matière de télémedecine et d'analyse du génome, la problématique de la réforme du financement de l'hôpital de jour en collaboration avec les représentants des hôpitaux,... ;
- des initiatives pour promouvoir la qualité et l'efficacité des soins, comme le contrôle de la qualité par rapport au DMG, la conception d'outils pour le soutien à la prise de décisions médicales, l'adaptation du système d'accréditation en lien avec l'application de la loi précitée du 22 avril 2019, le respect des recommandations relatives aux examens préanesthésiques, la poursuite de la concentration de la chirurgie des cancers complexes, notamment les tumeurs de la tête et du cou, la prescription adéquate de médicaments dans le cadre de la politique de la résistance aux antimicrobiens (RAM) et en matière de biosimilaires,... ;
- la garantie de la sécurité tarifaire. La CNMM continuera à prêter son concours à des initiatives destinées à accroître la transparence pour les patients et à maîtriser les suppléments d'honoraires. Des efforts seront consentis en matière d'attestation de matériaux (impression 3D) pour des fractures spécifiques. Un budget sera dégagé dans le secteur des implants pour ce faire ;
- enfin, la CNMM insiste pour que soit créé un statut social pour les médecins généralistes en formation (MGF) et les médecins spécialistes en formation (MSF). En attendant une réforme approfondie, l'accord prévoit une revalorisation de 25 % du montant des avantages sociaux pour ce groupe de jeunes médecins.

Vu les revalorisations non négligeables qui seront réalisées, la CNMM vérifiera l'impact sur le taux de conventionnement des médecins.

3. Moyens disponibles

3.1. Le 22 novembre 2019, en vertu de l'article 40, § 2, de la loi SSI, le Conseil des ministres a fixé les objectifs budgétaires globaux et partiels de l'assurance soins de santé.

L'objectif budgétaire partiel relatif aux honoraires des médecins pour 2020 a été fixé à 8.588.807 milliers d'euros.

Ce montant est supérieur de 2,47 % à l'objectif budgétaire partiel fixé pour l'année 2019 et de 3 % aux estimations techniques de septembre 2019.

Par ailleurs, un montant de 345.280 milliers d'euros est affecté aux honoraires prévus en application de la loi du 19 juillet 2018 relative au financement groupé des soins hospitaliers à basse variabilité. Les prestations comprises dans les soins à basse variabilité suivent le même schéma d'indexation.

En incluant ces honoraires pour les soins à basse variabilité, la hausse des honoraires des médecins est de 3,1 % par rapport à l'objectif budgétaire partiel 2019 et de 3,6 % par rapport aux estimations techniques de septembre 2019.

3.2. Compte tenu des mesures visées au point 4.1, l'enveloppe pour les prestations de biologie clinique est fixée à 1.398.398 milliers d'euros et celle pour l'imagerie médicale, à 1.321.624 milliers d'euros.

L'augmentation par rapport aux enveloppes pour 2019 est de respectivement 2,0 % et 2,2 %.

3.3. L'objectif budgétaire partiel inclut une masse d'indexation de 1,95 % pour 2020. Cela permet de répartir un montant de 180.198 milliers d'euros.

Le tableau en annexe montre l'utilisation précise des ressources.

4. Utilisation modulée de l'enveloppe d'indexation

4.1. Indexation

138.706 milliers d'euros, soit environ 75 % des moyens disponibles, sont utilisés pour indexer les honoraires à partir du 1^{er} janvier 2020.

Les honoraires des consultations, visites, avis et de surveillance sont indexés de 1,95 % . C'est également le cas pour les honoraires de conseil génétique (« Genetic Counseling ») et pour la consultation oncologique multidisciplinaire (COM) ainsi que pour les prestations 211223 et 211245 de réanimation. Les honoraires dans les conventions concernant la reconstruction mammaire et la chirurgie complexe sont également indexé de 1,95%.

Les prestations de biologie clinique sont indexées de 1,25 %, à l'exception des honoraires forfaitaires par prescription qui sont indexés de 1,95 % (voir ci-dessous).

Les prestations d'imagerie médicale sont indexées comme suit :

- article 17 et 17bis, les honoraires forfaitaires par prescription et par admission sont augmentés de 1% ;
- à l'exception des prestations CT cerveau et CT colonne vertébrale qui ne sont pas indexées ;
- les honoraires forfaitaire de consultance sont augmentés de 1,25% ;
- les articles 17ter et quater ne sont pas indexés.

Les prestations spéciales et les prestations de chirurgie et de gynécologie sont adaptées de 1,25 %.

Les prestations d'anesthésiologie sont indexées de 1,25%.

Les honoraires hors nomenclature sont indexés de 1,95 %. La prime de pratique intégrée reste maintenue à son montant nominal actuel. Les dépenses relatives au contrôle de qualité des laboratoires sont indexées de 1,25 %.

4.2. Revalorisations spécifiques

4.2.1. Pédiatrie et ophtalmologie pédiatrique

Dans le secteur de la pédiatrie, les honoraires des consultations (quel que soit l'âge) sont portés au niveau des honoraires des gériatres. Cela correspond à une revalorisation de 4,9 %, en plus de l'indexation prévue.

Une revalorisation substantielle des honoraires en matière d'ophtalmologie pédiatrique sera réalisée.

4.2.2. Surveillance en hôpital de jour oncologique

La CNMM insiste sur le fait que l'INAMI, sur la base d'une proposition du Conseil technique médical (CTM), lève le doute, par le biais d'une circulaire, sur la possibilité d'attester des honoraires de surveillance en hôpital de jour oncologique.

Il est en outre décidé de fixer dans une première phase les honoraires de surveillance pour hématologues et oncologues/hématologues pédiatrique à 60 euros à partir du 1^{er} septembre 2020. Dans une deuxième phase, en 2021, des efforts similaires seront consentis en ce qui concerne les oncologues et les médecins traitant des maladies auto-immunes complexes.

4.2.3. Planification préalable et anticipée des soins

Le 27 août 2018, la ministre des Affaires sociales a demandé à l'INAMI de prévoir des incitants financiers pour que les médecins procèdent à une planification anticipée des soins avec le patient et en concertation interdisciplinaire. Pareille planification des soins est en premier lieu la tâche du médecin généraliste.

Un montant de 6.537 milliers d'euros (après indexation) a été octroyé à cet effet.

Il sera utilisé pour prévoir des honoraires d'au moins 58 euros à partir du 1^{er} septembre 2020, selon les modalités proposées par le CTM. Dans une première phase, il est tenu compte du groupe de patients en soins palliatifs identifiés sur la base de l'échelle PICT (Palliative Care Indicators Tool).

Dans ce contexte, il convient également d'examiner l'instauration d'honoraires pour une visite au patient palliatif.

4.2.4. Euthanasie

Une réglementation spécifique hors nomenclature prévoira des honoraires pour le médecin traitant qui pratique l'euthanasie. Ces honoraires (75 euros) couvrent également les obligations d'enregistrement prévues.

4.3. Concrétisation de propositions de nomenclature

En vue de valoriser le travail de qualité du CTM et conformément au tableau en annexe, un montant de 10.370 milliers d'euros est prévu pour financer les initiatives suivantes.

4.3.1. Élastographie du foie

Un remboursement est prévu pour l'élastographie du foie dans le cadre du traitement de l'hépatite C.

4.3.2. Chiminrathec

Un code de nomenclature distinct est créé pour la « ponction lombaire » de l'article 11 de la nomenclature (355493-355504) dans le cas d'injection intrathécale de médicaments chimiothérapeutiques.

4.3.3. Lits pour traitements intensifs dans les hôpitaux psychiatriques (Lits IB)

Le libellé des codes de nomenclature 597726 et 597741 est adapté pour que la concertation multidisciplinaire en cas d'occupation d'un lit IB soit également remboursée.

4.3.4. MIC

Un remboursement est prévu pour l'accompagnement intensif et l'accueil de patientes par les médecins-spécialistes en gynécologie dans des centres MIC (= Maternal Intensive Care).

4.3.5. Chirurgie orbitaire

Un remboursement est prévu pour la chirurgie orbitaire oncologique complexe.

4.3.6. Test de la déglutition

Un remboursement est prévu pour le test de la déglutition par nasopharyngoscope flexible avec enregistrement vidéo.

4.3.7. TAVI

Des honoraires sont introduits pour l'implantation d'un stent valvulaire percutané en position aortique implantable. On prévoit également une revalorisation du scan CT préopératoire nécessaire du thorax.

4.3.8. Médecine physique et réadaptation

La CNMM considère qu'il est urgent de mobiliser des ressources financières supplémentaires pour la médecine physique et la réadaptation. C'est pourquoi, dans une première phase, 5.000 milliers d'euros seront libérés. Un effort similaire sera nécessaire dans les années à venir. Le CTM est chargé d'établir une proposition pour le 31 mars 2020.

En même temps, l'utilisation efficace des prestations techniques dans les services Sp et G isolés sera examinée.

4.3.9. Histomorphométrie osseuse quantitative

Une prestation spécifique sera introduite pour le remboursement de l'histomorphométrie osseuse quantitative.

4.3.10. Codification des consultations des médecins-spécialistes

Le CTM élabore une proposition pour attribuer un code de nomenclature propre à chaque discipline afin de pouvoir mener des revalorisations spécifiques.

5. Organisation des soins

5.1. Dossier médical global (DMG)

5.1.1. Contexte et principes

Dans le cadre de la mise en œuvre de l'accord national médico-mutualiste 2018-2019, la CNMM a élaboré une proposition visant à dissocier la prolongation du DMG d'un contact annuel obligatoire avec le médecin généraliste.

Outre la prolongation sans contact, la proposition vise également à créer de la transparence dans les paiements des DMG et prévoit la disparition de la facturation papier à compter du 1^{er} janvier 2021. La proposition sera mise en œuvre en 2 phases.

La première phase concerne les DMG gérés en 2020. Outre la réglementation existante, il sera prévu que les DMG en cours avec un contact en 2019 et sans contact en 2020 seront remboursés aux médecins qui travaillent avec l'eDMG ou qui s'y inscrivent au plus tard le 30 juin 2020.

La deuxième phase concerne une révision complète du système de paiement existant à partir de 2021 :

A. Le paiement anticipé

Chaque année, une photo des DMG et de leur gestionnaire est prise à la date du 31 décembre (année X). Deux mois plus tard, en février (année X+1), le paiement est effectué pour l'année X+1.

Le premier paiement sera effectué en février 2021. Les ressources utilisées à cette fin seront affectées à l'année 2020.

B. Le paiement immédiat

Les nouveaux DMG ouverts (année X) seront payés immédiatement après leur notification (année X). À partir de février de l'année X+1, leur paiement sera soumis au régime du paiement anticipé (point A). La CNMM définira ce qu'on entend par « nouveau » DMG.

L'aperçu des DMG au 31 décembre 2020 peut encore faire l'objet de modifications au cours de 2021 en raison de l'introduction ultérieure des attestations de soins donnés en papier. Dans ces cas, les OA récupéreront le montant indu et le paieront au titulaire légitime du DMG.

Le nouveau système de paiement s'accompagnera des mesures suivantes :

- le consentement du patient d'ouvrir un DMG doit être enregistré et conservé ;
- la préservation (temporaire) des droits des patients de médecins qui ne passent pas à l'eDMG à partir de 2021 ;
- une compensation par le biais de la prime de pratique à partir de 2021 pour les médecins généralistes débutants n'ayant que peu voire pas de revenus liés au DMG au cours de la première année.

5.1.2. Points d'action

La CNMM mettra en œuvre d'ici le 30 juin 2020 la réglementation nécessaire et la communiquera au terrain.

En collaboration avec les maisons de soft, les organismes assureurs et les prestataires de soins analyseront les modifications à apporter au système informatique afin qu'à partir de 2021, le nouveau modèle de paiement puisse être appliqué et qu'après une phase de test, il puisse entrer en production à temps.

Les organismes assureurs, les prestataires de soins et les maisons de soft concluront des accords pour fournir un reporting clair des DMG à l'ensemble des OA lors de la consultation tripartite prévue à cet effet.

5.1.3. Qualité

Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) de l'INAMI a effectué une étude de terrain concernant le DMG afin d'esquisser une image représentative de l'utilisation et de la qualité du DMG. Des recommandations concrètes ont également été formulées. Fin 2018, 7,4 millions de personnes disposaient d'un DMG. En 2014, ce nombre s'élevait à 5,8 millions de personnes.

Le DMG est, par excellence, un outil destiné à l'organisation de la qualité et de la continuité des soins.

Bien que les dépenses liées au DMG soient considérables, il faut bien constater que certains objectifs ne sont que partiellement atteints. Parallèlement à l'introduction de l'eDMG et à l'utilisation obligatoire du dossier médical informatisé (DMI) labellisé, un groupe de travail mixte INAMI-SPF Santé publique fixera les paramètres de qualité nécessaires qui seront contrôlés par le SECM à partir de 2021.

5.2. Postes de garde

5.2.1. La CNMM constate que des efforts considérables sont fournis en ce qui concerne le développement de postes de garde de médecine générale. L'enveloppe y afférente est fixée pour 2020 à 33.148 milliers d'euros, contre 25.048 milliers d'euros en 2019.

5.2.2. Contexte et principes

5.2.2.1. La CNMM a pris connaissance des articles 21 à 26 inclus de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé en ce qui concerne la permanence. L'implémentation de cette réglementation est prévue à partir du 1^{er} juillet 2021.

Il y est prévu que sous les conditions fixées par arrêté royal la permanence médicale sera assurée à partir du 1^{er} juillet 2021 par des accords de collaboration fonctionnelle. Étant donné que pour le 1^{er} juillet 2021 des postes de garde de médecine générale ne pourront pas être créés dans toutes les régions, la CNMM insiste pour que les régions concernées adhèrent à un accord de collaboration fonctionnelle pendant une période initiale de deux ans en vue de l'utilisation de l'instrument 1733 dans la région concernée. Ceci ne peut pas mener à des coûts supplémentaires pour les postes de garde.

Au cours de l'année 2020, la CNMM se concertera sur une proposition de financement des accords de collaboration fonctionnelle, par un arrêté royal pris sur la base d'une disposition légale spécifique de la loi SSI. Il pourra y être stipulé que :

- le financement, en tout ou en partie, peut se faire sur la base de paramètres à déterminer ;
- le cas échéant, une partie du financement peut se faire directement en application de l'arrêté royal ou en concluant des conventions avec les accords de collaboration.

5.2.2.2. Dans le cadre du présent accord, la CNMM s'engage dès lors à :

- garantir la continuité du financement des initiatives existantes ;
- financer de nouvelles initiatives conformes aux objectifs de la nouvelle politique en matière de soins non programmables ;
- soutenir la préparation de la mise en œuvre de la réglementation susmentionnée.

En outre, la CNMM financera un certain nombre de projets expérimentaux de réorganisation de la garde de semaine. Pour l'ensemble de ces projets, un montant de 1.500 milliers d'euros (3.000 milliers d'euros sur base annuelle) sera disponible en 2020. La CNMM établira pour le 31 mars 2020 les modalités de ce financement.

5.2.3. Financement des initiatives existantes en 2020

5.2.3.1. Pour déterminer le montant du financement individuel de chaque poste de garde pour 2020, le montant contractuel pour 2019 (tel qu'il a évolué jusqu'au 30 septembre 2019) sera utilisé comme montant de référence annuel pour les frais de fonctionnement. Pour les initiatives lancées en 2019, le montant contractuel attribué peut être extrapolé pour 12 mois. Les montants de référence annuels 2019 ainsi obtenus sont adaptés comme suit pour 2020 :

- pour les rubriques ICT, loyer, entretien, coordination-administration, accueil et transport, les montants sont majorés de 2 % ;
- pour les autres rubriques, on part du maximum de la normalisation actuellement en vigueur.

Le paiement de la première tranche s'élève à 70 % des montants individuels ainsi obtenus.

5.2.3.2. Au cours de l'année 2020, les montants visés au point 5.2.3.1. seront corrigés si nécessaire. Ces corrections peuvent concerner en particulier des rubriques dont on sait qu'elles sont problématiques dans de nombreux cas, telles que les frais de location, les frais de comptabilité et éventuellement d'autres frais. Cet exercice de correction, qui doit se limiter à un seul tour afin de rester réaliste en termes de faisabilité administrative, sera organisé selon une méthodologie qui sera soumise par la Cellule interadministrative (CIA) à l'approbation de la CNMM au plus tard le 1^{er} mars 2020.

5.2.4. Financement de nouvelles initiatives

5.2.4.1. De nouvelles initiatives pourront être prises en ligne de compte dans les limites des ressources budgétaires disponibles, à condition qu'elles s'engagent à participer à un accord de collaboration fonctionnelle.

5.2.4.2. Dans les zones où c'est possible, les nouvelles initiatives basculeront dès le début dans le système 1733 et seront géographiquement et opérationnellement liées à un service d'urgence. Si un service d'urgence est géographiquement trop éloigné de la zone de médecins généralistes qui doit être couverte, ou s'il est constaté explicitement qu'il ne peut pas se rattacher à un poste de garde voisin, un nouveau poste de garde pourra être financé à condition qu'il soit relié opérationnellement à un poste de garde se trouvant à proximité d'un service d'urgence.

5.2.5. Support coordonné des initiatives locales (régionales) et accompagnement à la création d'accords de collaboration fonctionnelle

5.2.5.1. L'autorité publique, par l'intermédiaire de l'INAMI, fera le nécessaire pour le soutien professionnel indispensable des réseaux de coopération par des coordinateurs de façon à ce qu'une approche uniforme soit assurée.

5.2.5.2. Afin d'assurer un déploiement coordonné des accords de collaboration et des postes de garde et d'assurer le numéro 1733, le SPF Santé publique et l'INAMI renforceront le fonctionnement de la CIA.

5.2.5.3. Pour l'implémentation de la réglementation mentionnée au point 5.2.2.1., des représentants de la CNMM (3 membres représentants des médecins généralistes des organisations représentatives des médecins et 3 membres des organismes assureurs) seront délégués à la plateforme d'accompagnement « Postes de garde et accords de collaboration fonctionnelle ». Cette plateforme sera pilotée par le SPF Santé publique et l'INAMI. Par ailleurs, les médecins du terrain seront impliqués.

5.2.5.4. La CNMM estime nécessaire que les médecins généralistes et les cercles de médecine générale soient impliqués eux-mêmes dans la création des accords de collaboration fonctionnelle et dans les différentes phases y afférentes. C'est pourquoi, la CNMM propose de rétribuer les médecins généralistes pour cette implication et de prévoir à cet effet, dans l'enveloppe des postes de garde, un montant global de 750.000 euros . Pour le 31 mars 2020 au plus tard, la CIA soumettra à l'approbation de la CNMM une proposition concrète de scénario pour la constitution des accords de collaboration fonctionnelle et pour la rétribution des médecins généralistes. Le scénario organise en particulier l'implication des cercles de médecine générale et les médecins généralistes individuels. L'organisation concrète de la garde pendant les weekends est décidé par les médecins de la coopération fonctionnelle.

5.2.6. La plateforme d'accompagnement « garde » procédera à une étude pour une affectation plus optimale des honoraires pour soutenir la permanence et l'activité de garde : la plateforme d'accompagnement présentera les premiers résultats à la CNMM d'ici le 31 mai 2020.

5.3. Télémédecine

L'application et le financement de la télémédecine (téléconsultation et télé-expertise) seront préparés dans un groupe de travail avec des membres de la CNMM. En outre, il est proposé de démarrer un nombre de projets-pilotes.

5.3.1. Télé-expertise en matière de dermatologie et d'ophtalmologie

La CNMM souhaite utiliser les possibilités existantes pour échanger, via des canaux de communication sécurisés, des informations médicales ainsi que des photos entre trois parties : le patient, le médecin généraliste et le médecin spécialiste, en vue du diagnostic, du traitement ou de la prévention des affections de la peau, parce que la télédermatologie permet d'offrir des soins dermatologiques plus rapides, plus accessibles, de qualité et ayant un bon rapport coût-efficacité. Un budget de 184.000 euros est libéré pour le lancement d'un projet-pilote à l'échelle du pays, qui pourra être implémenté après évaluation au moyen d'une réglementation définitive.

Dans la même optique, un projet-pilote concernant la téléophtalmologie sera lancé.

5.3.2. COM

La CNMM souhaite que la nomenclature soit adaptée de sorte que le médecin généraliste puisse participer à la COM par téléconférence. Cela stimulera la participation du médecin généraliste à la COM et constitue une première étape en direction de la télémédecine. Le montant couvre l'augmentation du nombre de participations.

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.

5.4. Analyse du génome

La CNMM a pris connaissance des recommandations du rapport KCE 300 « Séquençage du génome complet : défis et pistes d'organisation pour le système belge », ainsi que des propositions d'actions concrètes formulées par le Comité d'accompagnement du forum citoyen « Mon ADN, tous concernés ? », organisé par la Fondation Roi Baudouin.

Tant le KCE que le Comité d'accompagnement du forum citoyen soulignent qu'un projet-pilote offre les meilleures opportunités de répondre aux questions organisationnelles, cliniques et éthiques en matière d'utilisation du séquençage du génome complet dans les soins de routine.

Début 2020, l'INAMI prendra, en collaboration avec la CNMM et les acteurs concernés, des initiatives pour mettre sur pied un tel projet-pilote.

5.5. Réforme hôpital de jour

La Note de vision du Comité de l'assurance relative à la révision du fonctionnement, de l'organisation et du financement de l'hospitalisation de jour demande que des propositions soient formulées afin de préserver la cohérence entre la nomenclature et la liste des interventions dans le cadre de l'hospitalisation de jour. La CNMM participera pleinement à la réalisation de ce projet.

6. Qualité et soins efficaces

6.1. Aide à la décision

La CNMM répète son souhait que les prescripteurs et les radiologues puissent disposer d'un outil d'aide à la décision qui soit transparent d'un point de vue méthodologique, qui soit evidence-based, qui donne une orientation et qui soit le plus convivial possible. Cet outil doit permettre de réduire la prescription et la réalisation d'examens d'imagerie médicale inutiles ou superflus.

Le point 4.5. du plan e-Santé 2019-2021 prévoit d'offrir un soutien décisionnel par le truchement de plateformes centralisées. Le Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé de l'INAMI fait lui aussi mention de ce thème.

La CNMM note qu'au cours de l'année 2020 l'INAMI lancera des cahiers des charges concernant le soutien décisionnel en matière d'imagerie médicale, de biologie clinique et d'antibiotiques. Après attribution des marchés, un plan d'implémentation sera lancé.

6.2. Accréditation

6.2.1. L'accord national médico-mutualiste 2018-2019 précisait que « le financement de l'accréditation sera revu étape par étape. Un plus grand poids sera accordé au forfait d'accréditation. Cela permettra à terme une rétribution équivalente pour des efforts équivalents réalisés. Une première étape dans ce sens sera entamée en 2019 ».

Afin d'éviter que cet engagement ne reste lettre morte, il est proposé d'instaurer un réaménagement des honoraires supplémentaires pour l'accréditation.

En moyenne, on octroie aux médecins un montant de 11.953 euros à cet effet.

Pour certains groupes, ce montant est deux à quatre fois plus important. C'est particulièrement le cas dans le secteur de la biologie clinique. Il est proposé de limiter le montant supplémentaire à 0,50 euro

par honoraires forfaitaires au lieu de 1,22 euro en moyenne. On observe de ce fait une forte diminution de la variation constatée.

À l'avenir, on tendra vers une plus grande équivalence.

Il convient de faire remarquer ici que cela induit un effort financier dans le secteur de la biologie clinique équivalent à celui du secteur de l'imagerie médicale.

6.2.2. Les propositions visant une réforme du système d'accréditation n'ont pas abouti à des résultats concrets lors du précédent accord. Toutefois, en exécution de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé, un certain nombre de mesures concrètes doivent être prises d'ici 2021 dans 3 domaines : la formation professionnelle continue dont les efforts fournis sont documentés dans le dossier professionnel du médecin, les activités dans le cadre des GLEM et la réalisation d'objectifs généraux et individuels en matière de qualité, basés sur un ensemble d'indicateurs.

En outre, des critères de qualité relatifs à l'utilisation du DMG seront fixés. Une attention particulière sera consacrée aux exigences de qualité auxquelles l'utilisation du DMG doit répondre. Celles-ci seront assorties d'incitants.

À cet effet, un groupe de travail mixte (CNMM, CNPQ, Groupe de direction de l'accréditation, Conseil supérieur, médecins-spécialistes et médecins généralistes) sera constitué dont le secrétariat sera assuré par le SPF Santé publique et l'INAMI. Ce groupe de travail mixte soumettra, pour le 30 septembre 2020, un plan d'implémentation concret à la CNMM qui réalise une répartition plus équilibrée de la masse d'accréditation.

6.2.3. Le forfait d'accréditation est fixé à 634,75 euros.

6.3. Consultation préanesthésie

Conformément aux directives du KCE (l'examen préopératoire, rapport 5, 2004), la réalisation d'un examen préopératoire par un anesthésiste est une nécessité. Dans le cadre de l'accréditation des hôpitaux, des normes claires sont prévues en la matière. Les activités au sein d'un groupe de travail du CTM ont été récemment lancées pour examiner sous quelles conditions une consultation préanesthésique peut être organisée pour les patients qui subiront une intervention lors d'une hospitalisation classique (moment de l'intervention, consultation Sumehr, classification de risques, consentement éclairé, rapport...).

La CNMM propose de rédiger une proposition en la matière d'ici le 30 juin 2020, avec une entrée en vigueur en plusieurs phases.

6.4. Chirurgie complexe

Tenant compte des recommandations du KCE (rapport 305B), la CNMM estime qu'après la limitation des interventions chirurgicales complexes pour les cancers du pancréas et de l'œsophage, une initiative similaire sera prise au sujet des tumeurs de la tête et du cou.

6.5. ECG

La nomenclature sera adaptée pour limiter les attestations multiples des ECG le même jour.

6.6. Limitation de cumul: article 34

Il est constaté que les prestations de l'article 34 de la nomenclature, et plus particulièrement les prestations de cardiologie, sont cumulées avec toutes sortes de prestations de la nomenclature qui font souvent partie de la procédure à suivre.

Vu la grande variabilité constatée entre les établissements concernés, il y a lieu de faire une analyse approfondie des prestations de l'article 34, en tenant également compte des items tels que les aspects de sécurité, afin d'aboutir à une adaptation des règles de cumul dans la nomenclature.

6.7. Soins efficaces

6.7.1. Dans le courant de 2019, une série d'analyses ont été publiées sur le site web « Healthy Belgium » au sujet des variations entre pratiques dans différents secteurs. La CNMM estime, à la lumière du « Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé », qui a été approuvé le 4 juin 2018 par le Conseil général de l'assurance soins de santé, qu'en 2020, des actions concrètes seront entreprises afin de valider les constatations faites et les analyses réalisées et de développer des propositions concrètes par thématique pour résorber ces différences. Il est clair que, dans ce cadre, le soutien et la collaboration des associations scientifiques de dispensateurs de soins seront indispensables à la rédaction par l'INAMI de plans d'action thématique concrets. Il sera également vérifié sous quelles conditions des gains d'efficacité réellement réalisés seront mis en œuvre au même temps pour de nouveaux besoins en soins.

6.7.2. Plus particulièrement, l'INAMI élaborera, dans le cadre de ce plan d'action (6.7.1), un certain nombre de feed-back thématiques afin d'en discuter au sein des GLEM.

6.7.3. Conformément aux engagements repris dans le Contrat d'administration, la CNMM souhaite être informée du rapport d'évaluation concernant l'application obligatoire du régime du tiers payant en vue de fixer le cas échéant des mesures de correction en concertation avec la commission anti-fraude.

6.7.4. Plan d'action national One Health, de lutte contre l'antibiorésistance (plan AMR)

En 2020, des accords seront conclus avec les utilisateurs et les fournisseurs de logiciels afin de prévoir la possibilité d'extraire des données agrégées et anonymisées du dossier médical électronique en vue d'une évaluation de la qualité. Dans le cadre du Plan d'action national One Health AMR, on a opté en première instance pour des indicateurs de qualité relatifs aux antibiotiques prescrits. Ces indicateurs seront développés en collaboration avec le CNPQ et la BAPCOC.

6.7.5. Biosimilaires

La CNMM souhaite être impliquée dans le groupe de travail mixte biosimilaires qui a été mis en place par le gouvernement dans le cadre du budget 2020. Ce groupe de travail est chargé d'examiner et d'élaborer des propositions concrètes et des incitants afin de mettre en œuvre une dynamique de marché plus importante et de créer la marge nécessaire pour les spécialités innovantes. Différentes mesures seront dès lors examinées (quotas, incitants financiers, gaps informatifs...).

7. Prime de pratique intégrée pour médecins généralistes

Concernant la prime de pratique intégrée, la CNMM s'accorde, après deux années de critères et de seuils inchangés, pour revoir la liste des critères et des seuils avec les lignes directrices suivantes :

- compte tenu des attentes importantes des dispensateurs de soins, des patients et des autorités par rapport à la digitalisation du secteur, la CNMM s'engage à fixer des seuils qui démontrent suffisamment d'ambition par rapport aux défis. La CNMM tiendra notamment compte des résultats les plus récents atteints par les médecins généralistes dans l'utilisation des e-services actuels ;

- le choix des services e-santé sur lesquels la prime sera calculée devra également tenir compte du fonctionnement effectif et opérationnel du e-service proposé ;
- en particulier pour le Sumehr, la CNMM accordera une attention particulière à la qualité de l'encodage des données du Sumehr plutôt qu'à la quantité de Sumehrs publiée ;
- les montants de la prime de pratique intégrée restent inchangés. Ils varieront uniquement sur base du nombre de critère atteints.

Sur base des principes énoncés ci-dessus, la CNMM s'engage à approuver au plus tard pour le 31 mars 2020 les critères et les seuils de la prime 2020 sur proposition d'un groupe de travail ad hoc.

8. Sécurité tarifaire et accessibilité financière

L'accord national médico-mutualiste du 19 décembre 2017 contenait un certain nombre d'accords concrets concernant l'accessibilité financière et les suppléments d'honoraires.

À cette fin, une concertation avait été lancée entre les représentants des médecins, des mutualités et des hôpitaux. Sur la base des activités d'un certain nombre de groupes de travail, un projet de rapport final a été rédigé pour la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique le 12 février 2019.

Dans la conclusion de ce rapport, le groupe de travail exprimait le souhait 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 également 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 honoraires supplémentaires actuellement attestés. Un trajet de maîtrise devrait également être prévu pour les suppléments et les retenues dans les hôpitaux.

En raison du contexte politique, il n'est pas possible de commencer à mettre cela en pratique. Toutefois, un certain nombre de mesures techniques ont été prises, telles que l'adaptation du plan comptable minimum normalisé des hôpitaux.

La CNMM estime que la concertation en la matière devrait se poursuivre avec les protagonistes pertinents. La CNMM souhaite également qu'un certain nombre de démarches concrètes soient entreprises en 2020, d'une part pour rendre les coûts pour les patients plus clairs ou plus prévisibles et, d'autre part, pour que les (augmentations de) coûts restent raisonnables.

Compte tenu des progrès réalisés en la matière, la CNMM insiste pour. En parallèle, il convient également d'adapter le modèle de la facture patient.

Dans le cadre de la facturation électronique dans le secteur ambulatoire, les dispensateurs de soins communiqueront aux organismes assureurs les suppléments d'honoraires portés en compte aux patients.

La CNMM insiste sur le fait qu'un certain nombre de facteurs contribuant à une augmentation des suppléments d'honoraires doivent être mieux maîtrisés. Dans ce cadre il est logique qu'un refinancement des hôpitaux mène à une adaptation des contributions qui à son tour génère un impact au niveau des suppléments d'honoraires.

Il ressort des analyses des factures hospitalières que certaines prestations, qui sont estimées à 200

millions, dont 100 millions d'honoraires, sont attestées sous la série de codes 960. Il est nécessaire de spécifier cette série de codes afin de permettre un meilleur contrôle du caractère justifié ou non et afin d'identifier le prestataire qui atteste. Il est demandé au CTM de donner une interprétation claire ou de préciser le libellé des codes en question, sur la base des situations problématiques signalées.

Enfin, la CNMM réalisera , d'ici au 30 juin 2020, une analyse relative à la facturation de suppléments pour les prestations dispensées dans des services médico-techniques (biologie, imagerie, radiothérapie, etc.) afin de les maîtriser.

9. MGF et MSF

La CNMM insiste sur la nécessité d'accorder une plus grande attention aux droits sociaux du médecin en formation. Il pourrait être envisagé de compléter le statut sui generis existant par une contribution au secteur des pensions et au secteur du chômage.

La CNMM est d'avis que, compte tenu du Quadruple Aim, les efforts dans ce domaine méritent la priorité nécessaire.

Dans l'attente d'une réforme plus approfondie, la CNMM assurera pour l'année de prime 2020 une augmentation de 1.250 euros par rapport au montant de l'avantage social prévu au point 11 pour tous les médecins qui, au 31 décembre 2020, sont titulaires d'un numéro INAMI réservé aux médecins généralistes ou aux médecins spécialistes en formation et qui satisfont à la réglementation en vigueur, en application de l'article 54 de la Loi SSI. Pour ces médecins, le montant de l'avantage social est dès lors fixé à 6.287, 70 euros.

10. Médecins en difficulté/doctors4doctors

Dans le cadre de l'article 56, un montant de 200 milliers d'euros est prévu pour l'année 2020.

La CNMM invite instamment l'INAMI, sur la base des discussions déjà menées, à conclure un accord avec les organisations concernées sur la base d'un plan d'action concret, en tenant compte des besoins identifiés sur le terrain.

11. Statut social

Le montant du statut social 2020 pour les médecins s'élève à:

- 5.037,70 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
- 2.376,40 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 2020, 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 6.029,69 euros et 5.024,88 euros par an.

12. Mesures de correction

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

12.2. 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.

13. 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.

14. Conditions d'application de l'accord

14.1. 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.

14.2 Médecins généralistes.

14.2.1. 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 14.2.3, les taux d'honoraires et les indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués à l'ensemble de sa pratique.

14.2.2. Les dispensateurs de soins partiellement conventionnés

14.2.2.1. 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 14.2.2.2.

Sauf durant les périodes et selon les conditions définies strictement au point 14.2.2.2, ou sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 14.2.3, les taux d'honoraires et les indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués à l'ensemble de sa pratique.

14.2.2.2. 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 :

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

14.2.2.2.2. 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 14.2.3.

14.2.3. Exigences particulières du bénéficiaire

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

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

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

14.2.3.3. 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 ;

14.2.3.4. 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.

14.3. Médecins spécialistes

14.3.1. 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 14.3.3., les taux d'honoraires et les indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués à l'ensemble de sa pratique.

14.3.2. Les dispensateurs de soins partiellement conventionnés

14.3.2.1. 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 14.3.2.2.

Sauf durant les périodes et selon les conditions définies strictement au point 14.3.2.2, ou sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire telles que définies strictement au point 14.3.3, les taux d'honoraires et les indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués à l'ensemble de sa pratique.

14.3.2.2. 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) :

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

14.3.2.2.2. 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 14.3.3, et à des heures qui conviennent normalement aux bénéficiaires de l'assurance soins de santé ;

14.3.2.2.3. 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 14.3.3.

14.3.3. Exigences particulières du bénéficiaire

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

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

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

14.3.3.3. 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.

14.4. 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 2.253,73 euros par personne à charge, lorsqu'il y a plusieurs titulaires.

14.5. Les contestations concernant le point 13 feront l'objet d'un arbitrage par un collège paritaire composé par la CNMM et présidé par un fonctionnaire de l'INAMI.

14.6. 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.

15. 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.

16. Durée de l'accord

16.1. Le présent accord est conclu pour une période d'un an, à savoir du 1^{er} janvier 2020 au 31 décembre 2020 inclus.

16.2. Résiliation

16.2.1. Conformément à l'art. 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.

16.2.2. 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 du point 8 de l'accord, avec l'accord de la CNMM.

16.2.3. 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.

16.2.4. Une organisation représentative qui souhaite invoquer la dénonciation sur la base des situations visées aux points 16.2.1. à 16.2.3. 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.

16.2.5. Un médecin qui souhaite invoquer la dénonciation sur la base de la situation visée aux points 16.2.1 ou 16.2.3, 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 16.2.1. ou 16.2.3.

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

17. Formalités

17.1. 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.

17.2. Les médecins, autres que ceux qui, conformément aux dispositions prévues au point 17.1, ont notifié leur refus d'adhésion aux termes de l'accord conclu le 19 décembre 2019 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.

17.3. Tous changements ultérieurs des conditions de temps et de lieu dans lesquelles, conformément aux clauses de l'accord, les médecins visés sous le point 17.2. 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.

17.4. Les expressions de volonté sous les points 17.1, 17.2 et 17.3 sont censées être faites à la date de l'enregistrement dans l'application en ligne.

Fait à Bruxelles, le 19 décembre 2019

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

Les représentants des organismes assureurs