

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE INVALIDITÉ

Établissement public institué par la loi du 9 août 1963
Avenue Galilée, 5/1 - 1210 Bruxelles

Service des Soins de Santé

COMMISSION NATIONALE MÉDICO-MUTUALISTE

Note CNMM 2026-**XXX**

Bruxelles, 11 février 2026

OBJET:

Réforme de la nomenclature –

Rapport du groupe de travail « ACA » (Actes de Consultations et Assimilés)

ANNEXES :

1. Liste récapitulative des prestations ACA v4
2. Notes de synthèse et avis des sous-groupes de travail
3. Tableau récapitulatif des soins liés à une pathologie spécifique
4. Proposition liste des prestations chirurgicales pour une surveillance supplémentaire en unité néonatale de soins intensifs
5. Tableau récapitulatif médecine de laboratoire – honoraires cliniques par test
6. Enquête sur les activités du biologiste clinicien
7. Outil d'évaluation de la complexité et du risque
8. Explications des différents niveaux de revalidation (suivra)

1. Mission et organisation des travaux

1.1. Le 2 décembre 2022, un groupe de travail ACA a été mis en place qui a été mandaté par la Commission nationale médico-mutualiste (CNMM), en concertation avec le groupe de travail ad hoc « Concertation structurelle Réforme et financement des hôpitaux », pour élaborer sur la base d'une note d'orientation la réforme de la nomenclature relative au volet consultations, surveillance et prestations apparentées (ACA). Il est à souligner que les prestations visées concernent toutes les disciplines médicales.

Il s'agit notamment des prestations pour les consultations, les visites, les consultations à distance, la surveillance, l'admission et la sortie, l'examen au chevet du patient, la concertation multi/interdisciplinaire, les trajets de soins, le DMG, la permanence et les bilans médicaux spécifiques.

Ce groupe de travail était composé de représentants des organisations représentatives des médecins et des mutualités. Des représentants des hôpitaux ont participé aux travaux en tant

qu'observateurs. En outre, le président du Conseil technique médical, le secrétaire général du GBS-VBS et un représentant de la cellule stratégique du Ministre ont également participé aux travaux. Le groupe de travail était présidé par l'administrateur général honoraire de l'INAMI. Le secrétariat était assuré par les collaborateurs de la direction médicale du Service des soins de santé de l'INAMI. La réunion de démarrage du groupe de travail a eu lieu le 2 décembre 2022. Ensuite, entre mai 2023 et février 2026, le groupe de travail a tenu 18 réunions plénières complétées par une série importante de réunions techniques et informelles.

1.2. La mission centrale du groupe de travail consistait à fixer les « unités de valeur relative » (UVR) de la partie professionnelle des honoraires des prestations concernées, sur la base des facteurs durée (D), risque (R) et complexité (C). Dans un second temps, une liste des prestations concernées a également été établie. Enfin, on a tenté de répertorier la partie coûts des prestations médicales.

1.3. Au cours des discussions, il a été décidé, compte tenu du caractère spécifique à la discipline de certaines prestations ACA, de créer un certain nombre de sous-groupes de travail et de consulter certains experts en vue de la fixation des valeurs UVR. Dans ce cadre, il a été fait appel à des experts désignés par les organisations professionnelles et les universités. Les sous-groupes de travail ont concerné les prestations ACA relatives aux domaines suivants :

- Psychiatrie
- Soins intensifs (généraux et NICU)
- Urgences
- Médecine physique et rééducation fonctionnelle
- Génétique

À la demande de la CNMM, un groupe de travail spécifique « Médecins généralistes » a également été mis en place, où une attention particulière a été accordée, entre autres, à la fixation de la valeur de référence du DMG et à la permanence chez les médecins généralistes dans les postes de garde de médecine générale.

Au sein de ce groupe de travail, une attention suffisante et un droit de parole ont été demandés concernant les prestations techniques qui sont accomplies aussi par des médecins généralistes. Les règles d'application pour ces prestations techniques seront discutées plus tard au sein du Conseil Technique Médical de façon à garantir une contribution équivalente des médecins généralistes et spécialistes. Sur le plan de l'organisation des soins, la demande d'un échelonnement a été soulevée également.

Ensuite, un sous-groupe de travail biologie clinique a également été créé, au sein duquel on a tenté d'estimer la partie professionnelle des honoraires des biologistes cliniques vu l'impossibilité pratique de faire cela par prestation (test).

Enfin, le 28 mars 2025, une réunion d'information a été organisée lors de laquelle les représentants de 14 spécialités relevant de la médecine interne (internistes généralistes, néphrologues, cardiologues, gastro-entérologues, pneumologues, rhumatologues, endocrinologues, neurologues, hématologues, oncologues médicaux, infectiologues, gériatres, pédiatres, dermatologues) ont été informés du déroulement des travaux, et ont été invités à formuler leurs remarques par écrit sur les UVR proposées par le groupe de travail en

ce qui concerne les prestations ACA prévues pour leur discipline. La possibilité leur a également été offerte de signaler des points d'attention particuliers.

1.4. Les résultats et constats de ces sous-groupes de travail et de ces contacts ont été communiqués au groupe de travail et, si cela était jugé nécessaire, ont été amendés afin d'assurer la cohérence et la logique interne au sein de l'ensemble des prestations ACA.

Le présent rapport contient les conclusions des travaux du groupe de travail, dans lesquelles un large consensus existe sur une nouvelle architecture des prestations ACA dans la nouvelle nomenclature et où il est insisté sur l'application de mécanismes de contrôle adéquats.

Une liste concrète de prestations est jointe en annexe 1, qui redéfinit les codes de la « nomenclature ACA » existante et qui prévoit une valeur relative des prestations en vue des discussions ultérieures au sein des commissions et organes compétents à cet effet.

Les UVR proposées comprennent à la fois la partie professionnelle et la partie coûts des prestations ACA (voir point 3.7.3.). Selon les associations des médecins, cela implique que la législation doit prévoir que seuls les frais directs et les frais de recouvrement engagés par des tiers et justifiés en rapport avec les prestations concernées peuvent être facturés sur ces honoraires. Les représentants des hôpitaux ne partagent pas ce point de vue. Concernant la problématique des coûts : voir point 3.7.3.

Dans une prochaine étape, les valeurs RVU proposées seront intégrées dans une échelle interdisciplinaire avec les autres prestations. Au préalable, les valeurs RVU proposées par le groupe de travail ACA concernant la durée des prestations seront chiffrées et leur cohérence interne sera vérifiée. La question se pose alors de savoir si la même valeur clé peut être utilisée pour les consultations et autres prestations ACA que pour les prestations techniques, s'il s'avère que les propositions du groupe de travail ne produisent pas les effets escomptés (voir point 2, en particulier le point 2.5). Si nécessaire, les consultations requises à cet effet devront être organisées..

Il convient de rappeler que la réforme de la nomenclature doit s'effectuer dans le cadre d'un budget fermé et via des glissements internes dans la masse actuelle des honoraires.

2. Principes

Le groupe de travail ACA a jugé important de définir et d'appliquer, lors de l'élaboration des propositions concrètes de réforme de la nomenclature, les règles d'or et principes suivants.

2.1. La durée comme facteur prépondérant

Le groupe de travail choisit de retenir le facteur temps (D) comme prépondérant dans les prestations ACA, pour lequel il faut tenir compte de caractéristiques spécifiques à la discipline.

Une différenciation au niveau du facteur de risque (R) paraît moins pertinente, selon le groupe du travail, lors de l'exécution des prestations concernées. Les propositions partent principalement d'un facteur de risque 2.

En ce qui concerne le facteur de complexité (C), il est parti du principe que la grande majorité des prestations concernées font partie de la pratique courante et de la formation standard de chaque spécialité. Les propositions partent principalement d'un facteur de complexité 2.

La détermination des différents niveaux de risque et de complexité repose sur la méthodologie qui, dans un souci d'uniformité, a été utilisée à la fois dans les travaux du groupe de travail ACA et dans d'autres groupes de travail (voir l'annexe 8).

2.2. Liaison de la nomenclature à un modèle performant d'organisation des soins dispensés

Le groupe de travail est d'avis qu'un modèle performant d'organisation des soins dispensés ne concerne pas seulement la rémunération des contacts individuels avec les patients, mais doit aussi tenir compte de la fixation d'honoraires adéquats pour les tâches et missions liées à la concertation inter- et multidisciplinaire, la transmuralité, la continuité, l'accessibilité et la qualité.

Le groupe de travail estime qu'il est très important de tenir suffisamment compte, lors de la réforme des prestations ACA, du temps que les médecins doivent consacrer à la concertation inter- et multidisciplinaire, pour laquelle il faut mettre en place, dans la mesure du possible, un modèle générique, au déploiement et au suivi de trajets de soins, à l'élaboration de bilans diagnostiques et d'une planification des soins, etc.

2.3. Le soutien de soins centrés sur la personne

Sans préjudice des conditions spécifiques dans lesquelles une délégation de tâches à d'autres dispensateurs de soins est autorisée, la nomenclature doit également faciliter une bonne interaction personnelle entre les médecins et le patient. Celle-ci s'exprime par le biais de la dimension temps. En tant que point de référence général, une durée indicative standard pour une consultation classique est fixée à 20 min, durée à laquelle l'UVR 1 est attribuée.

2.4. Stimulation de la présence de médecins spécialistes à l'hôpital

Le groupe de travail estime nécessaire que, lors de l'élaboration de la nomenclature ACA, des mesures soient prises visant à rendre plus attractive la présence de médecins-spécialistes à l'hôpital. À cette fin, il y a lieu de mieux tenir compte du lot spécifique de tâches liées à l'activité hospitalière, comme la surveillance ou les permanences en dehors des heures normales de travail. Cela s'applique également mutatis mutandis aux médecins généralistes, en particulier en ce qui concerne les postes de garde de médecine générale.

2.5. La réduction des écarts de rémunération entre les différentes spécialités pour un travail similaire

Ce principe général a été mis en avant en tant qu'objectif pour la réforme globale de la nomenclature. Les données disponibles à l'INAMI révèlent qu'un écart important existe dans la part des « prestations ACA » au sein du paquet de rémunération global des différentes

spécialités. Le groupe de travail estime que des activités similaires doivent être rémunérées de manière similaire. Il en résulte que certains ajustements seront nécessaires au sein de la partie professionnelle de la masse globale des honoraires afin de permettre un calibrage adéquat des honoraires ACA.

2.6. Contrôlabilité correcte sans surcharge administrative

Le groupe de travail insiste pour que, lors de l'introduction de la nouvelle nomenclature, on évite aux dispensateurs de soins des efforts d'enregistrement complexes. Cependant, le groupe de travail est d'avis, qu'au moment de l'entrée en vigueur de la nomenclature, l'évolution des dépenses au niveau macro, méso et micro doit être surveillée et qu'un plan de contrôle concret doit être développé et appliqué, en vue de lutter contre de possible excès.

Le groupe de travail ACA s'est efforcé de respecter une structure logique pour toutes les spécialités lors de l'élaboration des propositions, conformément au principe « uniformité si possible, différenciation s'il le faut ».

2.7. Obligation de rapport

Le groupe de travail estime que les prestations ACA doivent obligatoirement être accompagnées d'un rapport adéquat dans le dossier du patient et/ou communication adressé au médecin généraliste et aux médecins traitants, avec publication sur les hubs. Cette règle générale devrait être reprise dans la nomenclature.

2.8 Cohérence avec d'autres domaines de la réforme

Tout d'abord, une même méthodologie est appliquée pour la fixation de la partie professionnelle des honoraires pour les prestations ACA et pour les autres prestations. Les échelles de valeur relative fixées seront intégrées, à un stade ultérieur, dans une échelle globale interdisciplinaire.

Ensuite, le groupe de travail ACA a tenu compte d'autres réformes pouvant avoir une incidence sur la réforme de la nomenclature.

À cet égard, il est fait référence aux éléments suivants :

- Le New Deal pour les pratiques de médecine générale, compte tenu du fait que les honoraires pour les contacts avec les patients et pour le financement par capitation (par patient ayant une relation de traitement fixe) sont fixés à partir des honoraires dans le cadre de la nomenclature ;
- Le fait que le groupe de travail ATMC ait renvoyé un certain nombre de prestations au groupe de travail ACA pour analyse et discussion. Il s'agit ici notamment des prestations de surveillance dans une unité de soins intensifs, des prestations dispensées au sein de la fonction spécialisée de soins d'urgence et des rémunérations groupées via conventions dans la médecine de rééducation fonctionnelle (réadaptation) ;
- Les réformes dans les soins de santé mentale et en psychiatrie.

2.9. As is et to be

Pour des raisons évidentes, le groupe de travail n'a pas pu ni voulu se limiter à la simple attribution d'échelles de valeur relative aux codes de nomenclature existants.

Les propositions contiennent également des innovations, qui bien entendu devront être validées au sein des organes compétents. Ces innovations ont pour but de réaliser les objectifs précités : Concrètement, il s'agit notamment de nouvelles prestations pour l'admission et la sortie, de l'obligation de rendre compte au médecin généraliste avec publication sur les hubs, de rapports dans le domaine de la surveillance, d'initiatives dans le domaine de la prévention, de l'uniformisation de la rémunération des permanences, de l'uniformisation des parcours de soins, d'un bilan médical spécifique, de consultation multidisciplinaire et interdisciplinaire, contenu qualitatif des permanences, etc.

Il est également indispensable de fixer des règles d'application claires pour les différentes prestations afin d'éviter l'utilisation inappropriée et les abus et de maîtriser les dépenses. Ceci est prévu dans une prochaine phase et s'effectuera au sein des commissions et conseils compétents.

Un alignement clair sur les propositions du groupe ATMC est requis pour éviter l'apparition d'un double financement dans certains domaines.

3. Propositions concrètes relatives aux prestations ACA

3.1. Prestations ambulatoires au sein et en dehors de l'hôpital

3.1.1. *Consultations*

3.1.1.1. Généralités

Une discussion approfondie a été menée au sein du groupe de travail pour subdiviser les consultations en plusieurs niveaux (« plus grande granularité »). Différentes options ont été discutées, telles que la distinction entre les consultations courtes et longues, l'introduction d'une gradation en fonction de la complexité de la pathologie.

Le groupe de travail a opté pour un modèle fondé sur une consultation de base, où il est tenu compte de caractéristiques spécifiques à la discipline et où une majoration d'honoraire peut être prévue en fonction de facteurs objectifs (nouveau patient, en dehors des heures normales de travail, âge, etc.).

La nomenclature actuelle attribue des valeurs différentes aux consultations des différentes spécialités, en faisant traditionnellement une distinction entre les « grandes » spécialités et les « petites » tandis que pour certaines spécialités, des consultations spéciales ont été mises en place.

Une comparaison internationale avec d'autres nomenclatures permet de constater que dans celles-ci, des éléments tels que la durée, le premier contact, les consultations de suivi, les bilans diagnostiques et les évaluations, etc. sont pris en compte.

En ce qui concerne les consultations, le groupe de travail propose la structuration suivante sur la base des éléments ci-dessous :

- La norme est la consultation de base, avec une durée indicative de 20 minutes et un facteur 2 tant pour la complexité que pour le risque. Une UVR 1 est attribuée à cette consultation de base en se fondant sur ces 3 paramètres.

Cette consultation de base s'applique aux médecins généralistes, orthopédistes, stomatologues, radiologues, anesthésistes, biologistes cliniques, microbiologistes médicaux ainsi que la radiothérapie et la médecine nucléaire (étant entendu que le temps consacré à l'information dans le cadre des traitements oncologiques, tels que la radiothérapie par ligands radioactifs et autres, est inclus dans la partie professionnelle des prestations ATMC concernées)

En ce qui concerne les médecins généralistes, il ne faut pas perdre de vue que des consultations spéciales sont prévues, telles que le DMG, le bilan de prévention, les prestations liées à une pathologie telle que les parcours de soins (soins palliatifs, maladies chroniques, troubles psychiatriques graves, etc.).

- Pour les spécialistes suivants une UVR de 1,25 s'applique. Il s'agit plus précisément des ophtalmologues, urologues, gynécologues, dermatologues, chirurgiens plastiques, généraux – y compris la nouvelle subdivision prévue des codes de compétence, médecine physique et réadaptation, ORL, neurochirurgie et radiothérapie-oncologie.
- Un troisième groupe est constitué des cardiologues, des pédiatres (ayant des compétences générales). Les consultations de ces spécialités s'appliquent une UVR 1,50.
- Ensuite, pour le groupe de spécialités suivant, la UVR de la consultation est évaluée à 1,75. Il s'agit des spécialités suivantes : gériatrie, gastro-entérologie et gastro-oncologie, pneumologie et pneumo-oncologie.
- Enfin, une UVR de 2,25 est attribuée à la consultation des spécialités suivantes : médecine interne générale, endocrinologie, rhumatologie, neuropédiatrie, hématologie, neurologie/neuropsychiatrie, hématologie pédiatrique, néphrologie et infectiologie.
- Le groupe de travail a tenu compte, dans cette classification, de l'écart existant entre les différentes consultations (2.35) et de la mesure dans laquelle celles-ci s'accompagnent ou débouchent sur des prestations techniques, interventionnelles ou chirurgicales. Les prestations spéciales concernées ne sont pas intégrées dans les honoraires de consultation. Ces prestations font l'objet d'une UVR distincte qui s'ajoute aux honoraires de consultation tant pour la partie professionnelle que pour la partie coûts.

- En outre, le groupe de travail n'a pas perdu de vue que, compte tenu des scores temporels réalisés par les différentes disciplines, il convient de retenir une durée indicative plus longue pour la consultation de base dans certaines spécialités. .
- Pour les entretiens psychiatriques et de génétique clinique, un UVR (2) s'applique pour une consultation de base (voir plus loin).
- La consultation comprend non seulement le diagnostic, l'examen clinique et l'information du patient, mais aussi la préparation nécessaire au préalable et un rapport obligatoire après celle-ci.
- Le groupe de travail souligne que la durée prévue est indicative en vue de la détermination de la UVR. Ce UVR n'est pas un instrument de contrôle, mais sert de base à la détermination d'un point de référence. Il permet toutefois de fixer des plafonds de responsabilité.

Remarque du président

Les représentants des médecins généralistes ne sont pas d'accord avec la proposition. Ils estiment que la durée des consultations de certains spécialistes, notamment dans le secteur chirurgical, est généralement plus courte.

D'autres membres du groupe de travail ont indiqué et craignent que des consultations d'une durée de 20 minutes, selon qu'elles s'accompagnent ou non de prestations spéciales, entraînent des honoraires professionnels différents pour une même période.

Sur la base de ces remarques, le président demande s'il ne faudrait pas envisager, pour les spécialités dont les consultations s'accompagnent généralement de prestations spéciales ou débouchent sur celles-ci, de faire une distinction entre une consultation de base s'accompagnant de prestations spéciales ou s'inscrivant dans le cadre de la réalisation ou du suivi d'une intervention et d'autres consultations ne donnant pas lieu à des prestations spéciales ou ne s'inscrivant pas dans le cadre de la réalisation ou du suivi d'une intervention.

3.1.1.2. Honoraires supplémentaires

3.1.1.2.1. Certaines circonstances ou indicateurs objectivables justifient, selon le groupe de travail, l'octroi d'honoraires supplémentaires pour la consultation de base s'élevant à la moitié de la valeur de l'UVR de la consultation concernée. Il s'agit ici notamment :

- Une première consultation dans un cabinet médical, à condition que le dossier médical généraliste soit transféré.
- La première consultation chez un médecin-spécialiste pour un nouveau patient, c-à-d. un patient qui n'a pas eu de contact avec un médecin de la même discipline de base (niveau 2) au cours des 2 dernières années. La motivation en est qu'un nouveau dossier

doit être créé avec un récapitulatif de tous les antécédents, qu'un examen clinique approfondi est nécessaire et qu'un récapitulatif de la médication doit être établi. La règle des deux ans ne s'applique pas en cas de renvoi écrit d'un patient vers un centre d'expertise ou un centre de troisième ligne vers un médecin spécialiste exerçant dans la même discipline de base. Cela nécessite bien sûr une description précise et une élaboration plus approfondie.

- Une consultation ou une visite pour un patient par le médecin généraliste consécutive à une hospitalisation de 7 jours au minimum dans les 3 jours ouvrables suivant la sortie ou après une admission en maison de repos et de soins dans un délai de 5 jours ouvrables. La motivation en est qu'il faut prendre à cette occasion le temps nécessaire pour pouvoir informer correctement le patient et son entourage et pour passer en revue d'éventuels changements de la médication.

- de la consultation ou une visite d'un patient qui séjourne dans un établissement pour personnes porteuses d'un handicap et les formes d'habitation assimilées. La motivation, en cette matière, est liée au temps nécessaire mais également au souci d'éviter que ces personnes n'aient pas accès aux soins requis.

- Le facteur âge en tant que tel n'a pas été retenu par le groupe de travail comme paramètre justifiant l'octroi de majorations d'honoraires lors de la consultation de base.

Le groupe de travail est toutefois conscient du fait que les examens chez les enfants, en particulier lorsqu'ils nécessitent des prestations techniques, peuvent prendre plus de temps. Récemment, un certain nombre de prestations ont été prévues à cet effet dans la nomenclature (ophtalmologie, ORL). Un alignement adéquat sur les conclusions du groupe de travail ATMC s'impose à cet égard.

- Le cumul de plusieurs majorations d'honoraires est possible pour autant que les conditions fixées soient remplies.

3.1.1.2.2. De même, les consultations accomplies en dehors des heures normales justifient un honoraire supplémentaire. Il s'agit ici de suppléments d'honoraires pour consultations urgentes réalisées le soir ou respectivement la nuit, le week-end et les jours fériés (voir point 3.6.2. ci-après).

3.1.1.3. Consultations par vidéo, téléphone et avis

Les consultations par vidéo sont valorisées, dans les conditions prévues dans les règles d'application, à 0,8 de l'UVR correspondante de la consultation concernée. Elles occupent notamment une place importante en psychiatrie.

Compte tenu des discussions en cours au sein de la CNMM, le groupe de travail ne s'est pas penché sur les consultations téléphoniques et les avis.

3.1.1.4. MGF/MSF et médecins avec numéro INAMI 000

Pour les consultations réalisées par des MGF et MSF sans supervision avec la présence physique du maître de stage ou de son délégué dans les situations prévues à cet effet dans la

réglementation, la proposition est 75 % de la UVR de la consultation concernée. Pour les médecins titulaires d'un numéro INAMI se terminant par 000, la proposition est 60 % de la UVR.

3.1.2. Consultations spéciales et prestations non techniques

Outre les consultations de base, il existe également une série de prestations non techniques spéciales pour lesquelles le groupe de travail a fixé l'UVR.

3.1.2.1 Gestion du dossier médical global (DMG) par le médecin généraliste

Le groupe de travail a pris connaissance de la récente analyse de l'AIM relative à la consommation de soins de santé des patients avec et sans DMG, ainsi que des réflexions formulées à propos du DMG dans le cadre de la réforme New Deal. Le groupe de travail actif en ce domaine au sein de l'INAMI a également fait rapport sur ses activités.

Le groupe de travail ACA constate que le DMG constitue un élément essentiel dans la pratique de médecine générale parce qu'il permet de disposer d'un aperçu détaillé de l'état de santé du patient. Le groupe de travail exprime le souhait de définir avec précision les conditions de fond du DMG et d'en surveiller la qualité, comme cela a déjà été prévu au point 3.2.4.1. de l'accord médico-mutualiste 2022-2023. Enfin, le groupe de travail demande d'examiner si la rémunération du DMG ne doit pas être liée, à terme, à l'obligation de communiquer le Sumehr aux hubs de santé.

Le groupe de travail propose de conserver le rapport actuel entre la valeur de la consultation et le DMG qui est prévu aujourd'hui dans la nomenclature.

Le groupe de travail propose donc d'attribuer une UVR 1 au DMG général et de valoriser le DMG pour malades chroniques à hauteur de 1,75 UVR. Certains membres souhaitent que la dimension sociale soit mise en avant dans ce contexte et prise en compte dans le UVR. Cela vaut en particulier pour les personnes bénéficiant d'un revenu d'intégration ou d'une allocation similaire.

Le groupe de travail souhaite ouvrir le DMG pour les malades chroniques à toutes les catégories d'âge.

3.1.2.2. Bilan de prévention médecin généraliste

Le groupe de travail souhaite que dans le cadre d'une nomenclature réformée, des efforts soient fournis également pour renforcer les activités préventives des médecins généralistes, sans préjudice des efforts déployés par les autres médecins et prestataires de soins.

À cet effet, la proposition est formulée d'instaurer un bilan de prévention. La prévention est un processus continu lors duquel un entretien approfondi et structuré est organisé périodiquement entre médecin généraliste et patient sur les différents aspects de la promotion et du maintien d'une bonne santé physique et mentale à l'aide d'un plan de prévention établi en commun.

Une attention est également accordée, dans ce cadre, à l'encouragement et au suivi de la vaccination et du dépistage.

Le bilan de prévention serait attesté tous les trois ans par le médecin généraliste détenteur du DMG à partir de l'âge de 45 ans. Pour ceci, un entretien d'1 heure est prévu avec une UVR 3. Ceci englobe notamment l'encouragement à participer à des programmes de prévention, la motivation, la planification des soins, la conclusion d'accords et le suivi. Le groupe de travail plaide également pour y associer des obligations de résultat concrètes.

3.1.2.3. Bilans médicaux spécifiques

La nomenclature actuelle contient une série de consultations spéciales pour certains médecins spécialistes. D'une part, il s'agit de consultations à une fréquence fixée lors desquelles l'évolution du processus pathologique des patients est mesurée et enregistrée, à l'aide d'outils d'évaluation pertinents, et qui sont également souvent requises dans le cadre des conditions de remboursement établies dans le contexte d'une médication spécifique. On peut se référer ici au bilan thérapeutique de suivi pour les patients atteints d'une maladie rare traités par un médicament orphelin

D'autre part, il s'agit de consultations lors desquelles une évaluation globale du patient est effectuée en vue du dépistage de problèmes, de la constatation des besoins de soins, de l'évaluation des capacités fonctionnelles et de la mise au point de la médication.

Certaines de ces consultations nécessitent également une approche inter- et/ou multidisciplinaire. Le groupe de travail estime que pour celles-ci, il faut développer autant que possible une approche uniforme.

Les spécialités suivantes sont d'ores et déjà concernées : médecine interne, gériatrie, oncologie, neurologie (pédiatrique), rhumatologie, psychiatrie (pédiatrique et juvénile), hématologie clinique, infectiologie, médecine de transplantation, chirurgie du dos, algologie, évaluation psycho-gériatrique, etc. (voir annexe 1, chapitre 5 ou annexe 3 pour la liste complète).

Cela comprend également le suivi thérapeutique par le médecin spécialiste traitant des patients atteints de maladies rares traités par un médicament orphelin (y compris la demande et les rapports périodiques).

Le groupe de travail propose de fixer des RVU spécifiques (RVU minimum 3) pour les prestations retenues et de déterminer des règles d'application plus précises pour chaque indication, notamment en matière de fréquence..

3.1.2.4. Trajets de soins

Les trajets de soins ont été développés afin de mettre en place, pour des patients présentant certains tableaux cliniques, une continuité des soins entre le médecin généraliste et d'autres médecins.

Le groupe de travail recommande d'établir pour ces trajets de soins une structure de fond commune dans laquelle les éléments suivants sont abordés : le suivi de la pathologie,

l'enregistrement de paramètres, la communication avec les dispensateurs de soins, les patients et les aidants proches, la planification des soins, etc.

À l'heure actuelle, des trajets de soins existent pour le diabète, l'insuffisance rénale, les troubles du comportement alimentaire et l'obésité chez les enfants.

Le groupe de travail est d'avis d'attribuer une UVR 3 aux honoraires globaux pour la gestion annuelle et le suivi d'un trajet de soins, tant pour les médecins généralistes que pour les autres médecins spécialistes. Cela n'exclut pas la possibilité de fixer des UVR spécifiques en fonction de la conception concrète des différents parcours de soins et des tâches que cela implique pour les médecins.

Le groupe de travail a été informé du fait qu'un trajet de soins en oncologie est en préparation ainsi qu'un trajet de soins palliatifs. Dans le domaine des soins psychiatriques, un trajet de soins pour les maladies psychiatriques sévères à caractère chronique (SMI ou *severe mental illness*) est également en cours de préparation.

3.1.2.4 Advanced care planning, euthanasie.

Dans le cadre des soins palliatifs, des prestations spéciales sont prévues pour la planification préalable des soins (ACP), le parcours de soins palliatifs et les conseils ou la mise en œuvre de l'euthanasie.

3.1.2.5. Entretiens psychiatriques

Sur proposition des experts consultés, les consultations et les séances de traitement de psychothérapie sont regroupées sous le dénominateur « entretiens psychiatriques ». Dans ce cadre, l'uniformité nécessaire serait prévue dans la nomenclature selon qu'il s'agisse d'adultes ou d'enfants et d'adolescents. De façon systématique, la durée des entretiens avec des enfants et adolescents (et leurs représentants légaux) est évaluée à un niveau plus élevé.

Parmi ces entretiens psychiatriques, une distinction est établie entre :

- contacts psychiatriques de courte durée ;
- entretiens psychiatriques de base ;
- entretiens psychiatriques spéciaux (entretien d'admission, entretien systémique, entretien diagnostique) ;
- entretiens complémentaires (entretien de concertation âge de transition, entretien traitement volontaire sous conditions) ;
- entretiens collectifs.

Tous ces entretiens nécessitent un compte rendu obligatoire.

Les majorations d'honoraires prévues au point 3.1.1.2. s'appliquent également aux entretiens psychiatriques.

En outre, les psychiatres soulignent le fait qu'ils doivent souvent fournir des rapports à la demande du patient ou de tiers. Ils demandent de pouvoir attester, pour cela, des honoraires administratifs, identiques à ceux de la consultation générale de base d'un spécialiste. Le groupe de travail estime que les rapports demandés par d'autres instances doivent faire l'objet d'honoraires payés par ces dernières. Dans d'autres situations, le groupe de travail est d'avis que seule une liste très limitative est admissible.

3.1.2.5.0. Contact psychiatrique de courte durée

Il s'agit ici d'un contact personnel avec un patient stabilisé dont le diagnostic est connu en vue du suivi ou de l'ajustement du traitement instauré. Ce contact a une durée de 20 minutes et une UVR de 1.

3.1.2.5.1. Entretien psychiatrique de base

Selon qu'il s'agisse d'un adulte ou d'un enfant/adolescent (< 18 ans), une UVR 2 ou 3 respectivement est définie pour un entretien psychiatrique de base d'une durée moyenne de 40 minutes. Conformément à la règle générale, les entretiens psychiatriques par liaison vidéo font l'objet d'honoraires fixés à 80 % (respectivement UVR 1,6 et 2,4).

3.1.2.5.2. Honoraires supplémentaires nouveau patient

Pour un entretien psychiatrique avec un nouveau patient, un honoraire supplémentaire égale à 50 % de l'entretien psychiatrique de base est proposée. Un entretien avec un nouveau patient nécessite en effet une interview psychiatrique détaillée, avec compte rendu.

Les honoraires supplémentaires prévus au point 3.1.1.2 s'appliquent également.

3.1.2.5.3. Entretien systémique

Il s'agit ici d'un entretien psychiatrique avec un ou plusieurs membres du ménage ou de la famille qui jouent un rôle dans l'accompagnement journalier du patient, en présence du patient ou pas, mais à sa connaissance et avec son consentement. Pour cet entretien pour adultes, une durée d'1 heure, soit une UVR 3 est proposée. En psychiatrie infanto-juvénile, il est tenu compte d'une durée de 80 minutes, équivalant à une UVR 4. Les entretiens systémiques par liaison vidéo font l'objet d'honoraires fixés à 80 % (respectivement UVR 2,4 et UVR 3,2). Des règles de fréquence doivent être établies.

3.1.2.5.4. Entretien diagnostique

Des prestations diagnostiques psychiatriques de longue durée (2 heures) sont recommandées, entre autres, pour l'évaluation de troubles du développement et de la personnalité, d'une problématique post-traumatique grave, de troubles de l'humeur et de troubles anxieux, d'une problématique cognitive. Ceci comprend aussi l'enregistrement des réponses à des questionnaires standardisés et des tests psycho-diagnostique.

Ces prestations peuvent uniquement être attestées à une fréquence limitée d'une à deux fois par patient. Une UVR 6 est appliquée tant pour les enfants que pour les adolescents et les adultes.

3.1.2.5.5. Entretiens psychiatriques particuliers

Il existe, en outre, un certain nombre de circonstances particulières où une consultation spécifique a lieu. Il s'agit ici notamment des entretiens avec un patient en âge de transition (16/18-23 ans) lors desquels le passage de la psychiatrie juvénile à l'adulte fait l'objet d'une coordination avec le patient et les psychiatres concernés. Une UVR 3 est proposée et peut être octroyée à maximum deux psychiatres et être facturée au maximum deux fois.

Enfin, il existe également les entretiens à la demande du pouvoir judiciaire dans le cadre du traitement volontaire sous conditions. Pour ceux-ci, une UVR 3 est prévue. Il convient toutefois d'examiner si ceci doit être financé via l'assurance soins de santé et si d'autres disciplines comme les médecins généralistes, peuvent également bénéficier de cette indemnisation.

3.1.2.5.6. Entretiens collectifs

Les entretiens psychiatriques collectifs (psychothérapie ou psychoéducation) sont un type de consultations qui se présente dans les soins de santé mentale. Une condition pour les attester est la présence physique du psychiatre.

Dans ce cadre, trois catégories sont à distinguer :

- entretiens collectifs pour adultes (90 min) pour un groupe de maximum 10 patients, par patient : UVR 0,7 ;
- idem pour enfants et adolescents (90 min) pour un groupe de 2 à 6 patients, par patient : UVR 1 ;
- idem pour les parents ou les représentants légaux (en présence ou non de l'enfant ou de l'adolescent) (120 min) pour un groupe de 2 à 6 patients, par patient de moins de 18 ans: UVR 1,3.

Enfin, il convient de souligner l'importance d'une définition correcte des différents entretiens et de règles d'application précises, notamment en ce qui concerne la fréquence autorisée des différents types d'entretien. Dans le rapport des experts consultés, plusieurs suggestions ont été formulées.

3.1.2.6. Génétique

En matière de génétique, une distinction est faite entre, d'une part, une consultation de base effectuée par un spécialiste en génétique médicale et, d'autre part, les prestations de conseil génétique telles que prévues dans la convention conclue avec les centres de génétique humaine.

En ce qui concerne la consultation de base, il est proposé de fixer une valeur RVU de 2, qu'elle soit effectuée dans un centre de génétique humaine ou dans un autre centre.

En ce qui concerne le conseil génétique, la convention en cours avec les centres fait la distinction entre le conseil génétique standard et le conseil génétique complexe. Pour le conseil génétique standard, une durée forfaitaire de 2 heures est prévue (RVU 6) et pour le conseil génétique complexe, un montant forfaitaire de 6 heures est prévu (RVU 12), quel que soit le nombre de contacts. Le conseil génétique se déroule en plusieurs étapes. Selon la nature du problème génétique, deux ou plusieurs contacts d'une heure avec le patient seront nécessaires

et d'autres membres de la famille pourront également être associés à ce conseil. Souvent, outre le patient, la famille est également impliquée et cela s'accompagne d'une consultation multidisciplinaire. Les honoraires pour le conseil génétique ne peuvent être facturés qu'une seule fois par patient et par bilan diagnostique. Les majorations pour un nouveau patient et pour le conseil en dehors des heures normales de travail ne sont pas d'application.

3.1.2.7. Consultation préopératoire par l'anesthésiste

La consultation préalable à une prestation sous anesthésie générale ou locorégionale réalisée physiquement par l'anesthésiste auprès d'un patient ambulatoire minimum 2 jours ouvrables avant l'admission planifiée pour une intervention chirurgicale, et ne consistant pas uniquement à passer en revue un questionnaire, sera valorisée avec la UVR de la consultation de l'anesthésiste. Un rapport et une notification dans les hubs sont requis.

3.1.2.8. Rééducation fonctionnelle en dehors d'une hospitalisation

3.1.2.8.1 Médecine physique

Les prestations actuelles de la nomenclature dans le domaine de la rééducation fonctionnelle ont un caractère spécifique : elles sont multidisciplinaires (médecin, kiné, ergo, etc.) et peuvent être effectuées dans un centre de réadaptation ambulatoire (950, 951, 771) ou dans un service de médecine physique d'un hôpital agréé. Dans le cadre du groupe de travail ACA, on a cherché à identifier et à valoriser la partie professionnelle des honoraires des médecins spécialistes en médecine physique et réadaptation.

En ce qui concerne les prestations ambulatoires, trois éléments ont été distingués : l'établissement d'un plan de rééducation fonctionnelle, le suivi d'un plan de rééducation fonctionnelle et la clôture du plan de rééducation fonctionnelle. Pour chacun de ces éléments, 5 niveaux différents ont été fixés en fonction de la durée et de l'intensité des prestations concernées, qui découlent de la lourdeur de la pathologie telle que reflétée dans la nomenclature actuelle (voir annexe). Un regroupement au sein de cette classification est, selon le groupe de travail, approprié.

Pour les niveaux 1-2, l'établissement du plan de rééducation fonctionnelle est inclus dans l'UVR de la consultation du médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation, pour les niveaux 3 et 4 une UVR 2 est d'application. Pour le niveau 5 (prestations en centres spécialisés de réadaptation 771), une UVR 3 est proposée, puisque ceci implique un bilan médical spécifique. Le plan de rééducation fonctionnelle est repris dans le rapport aux autres dispensateurs de soins et peut être consulté dans les HUBS.

Les prestations précitées peuvent être attestées une seule fois au démarrage.

Pour le suivi du plan de rééducation fonctionnelle, par jour de traitement, une UVR de 0,20 à maximum 1 est proposée en fonction du niveau de rééducation concerné ou du regroupement des niveaux.

Le nombre maximal de jours de rééducation fonctionnelle prévus pour les différents niveaux doit être fixé dans les règles d'application.

Lors de la clôture du plan de rééducation fonctionnelle, les mêmes valeurs s'appliquent que pour son élaboration. Ici aussi, une facturation unique est d'application.

3.1.2.8.2 Autres prestations de revalidation.

Les prestations et les valeurs UVR doivent également être déterminées, de manière analogue, pour les prestations de rééducation fournies en dehors du cadre de la médecine physique.

3.1.3. Visites

3.1.3.1. Médecins généralistes

Le groupe de travail suggère de classer les honoraires professionnels pour une visite à la demande du patient au même niveau qu'une consultation de base. Aucune distinction n'est établie entre les visites au patient à son domicile, lors d'un séjour dans un établissement résidentiel ou à l'hôpital.

Les mêmes majorations que pour les consultations « en dehors des heures normales » sont d'application.

Pour les visites également, les mêmes règles s'appliquent mutatis mutandis en ce qui concerne les majorations d'honoraires (nouveau patient, etc.) (voir 3.1.1.2.).

Pour chaque déplacement, une majoration pour frais d'une UVR 1 sont ajoutés aux honoraires de la visite.

En cas de visites multiples, la composante frais par patient est facturée comme suit: (1 = 1, 2 = 0,5, 3 et plus = 0,33).

Enfin, il existe également des visites qui ont lieu dans un contexte particulier, comme la visite à des patients palliatifs. Comme mentionné ci-dessus, un trajet de soins est en cours d'élaboration, mais aucune information supplémentaire n'a été obtenue à ce sujet.

3.1.3.2. Autres spécialistes

3.1.3.2.1. Généralités

Le groupe de travail a estimé souhaitable de permettre également des visites d'autre spécialiste, uniquement à la demande du médecin généraliste. Dans ce cas, les honoraires de la consultation de base de la discipline concernée pourraient être facturés, majorés de la composante de frais (RVU 1) pour les déplacements et des honoraires supplémentaires prévus au point 3.1.1.2. On peut notamment penser aux visites par le gériatre dans les maisons de repos..

3.1.3.2.2. Psychiatrie

Dans le cadre des réformes des soins de santé mentale, on investit davantage, ces dernières années, dans le travail en équipes mobiles. Dans le cadre de l'accord existant, d'une part, le psychiatre peut attester un nombre limité de visites par patient et, d'autre part, une rémunération forfaitaire de 13 heures par semaine est prévue pour le psychiatre dans une équipe mobile 2A ou 2B.

La visite régulière dans le cadre d'une équipe mobile est valorisée à hauteur d'une UVR 6, le cas échéant complétée par une UVR adaptée pour les visites « out of hours ».

La rémunération forfaitaire par heure (13 heures par semaine) correspond logiquement à une UVR 3/heure. Le groupe de travail souligne la nécessité de définir correctement le contenu de ces honoraires. Actuellement, la rémunération horaire forfaitaire n'est pas financée via la nomenclature. Le groupe de travail estime qu'il est logique que les moyens concernés soient intégrés dans la masse des honoraires des médecins. Actuellement, cette réglementation ne s'applique pas aux jeunes de moins de 18 ans.

Il a été signalé au groupe de travail que la cellule stratégique mène en ce moment une concertation pour déterminer si et dans quelles conditions des visites d'urgence sur place en psychiatrie pourraient être organisées par les réseaux de soins en santé mentale. Si ce projet voit le jour, on pourrait partir pour la fixation des honoraires de la même rémunération que dans le cas des équipes mobiles, avec une majoration pour visites en dehors des heures normales de travail.

3.2. Prestations hospitalières générales

Le groupe de travail souligne l'importance d'accorder une plus grande attention aux prestations hospitalières non techniques. Ceci doit permettre d'encourager et de renforcer la présence de médecins hospitaliers et la collaboration entre ceux-ci

3.2.1. *Admission*

L'anamnèse à l'admission (« intake ») lors d'un séjour hospitalier exige une bonne préparation et la constitution d'un dossier d'admission solide comprenant les points d'attention nécessaires concernant le patient à traiter.

Dans ce cadre, le groupe de travail propose d'établir une distinction entre les admissions dites « électives », qui ont généralement été précédées de consultations antérieures, et les admissions non planifiées, via les urgences ou non, lors desquelles il faut constituer un dossier récapitulatif en un laps de temps très court.

La UVR de l'intake lors d'admissions électives se voit attribuer la UVR 1. Lors d'admissions non planifiées, cette valeur est doublée d'une majoration, pour autant que dans les trente jours précédant l'admission, il n'y ait eu aucun contact entre le patient et un médecin de la même discipline.

Les prestations précitées peuvent uniquement être portées en compte une seule fois par séjour hospitalier.

3.2.2. *Sortie*

Il faut soutenir une bonne gestion des sorties. Dans ce contexte, il faut avant tout veiller à une bonne information des dispensateurs de soins qui assureront le suivi ultérieur du patient. Le groupe de travail pose comme principe l'obligation de transmettre un rapport au médecin généraliste aussi vite que possible et de mettre celui-ci à disposition sur les hubs pour les dispensateurs de soins qui ont une relation thérapeutique avec le patient, dans un délai qui reste à déterminer.

En second lieu, la remise d'un rapport à propos de l'admission doit s'accompagner d'un « aperçu du plan de soins », en particulier dans le cas de patients souffrant d'une ou plusieurs affections chroniques, qui respecte le libre choix du patient.

Le groupe de travail souhaite ici faire une distinction entre les admissions sous la supervision d'un médecin spécialiste d'une discipline chirurgicale, d'une part, et les autres admissions, d'autre part. Pour les admissions sous la supervision d'un médecin spécialiste d'une discipline chirurgicale, la constitution du dossier de sortie est assimilée à la valeur d'une consultation de base (UVR 1). Pour les admissions sous la supervision d'un médecin spécialiste d'une discipline non chirurgicale, cette valeur est doublée (UVR 2).

Cette prestation ne peut être attestée qu'une seule fois par séjour.

3.2.3. *Surveillance*

Le groupe de travail est d'avis qu'il faut envisager une révision des honoraires de surveillance afin de garantir un suivi de qualité des patients. Il n'existe aucune raison objective de fixer des honoraires dégressifs pour la surveillance. Cela étant, il est toutefois requis que la finalité et la teneur de la surveillance soient mieux définies et de façon plus concrète. Il faut également prévoir un certain nombre d'aspects qualitatifs, comme le rapportage quotidien (7 jours/7) dans le dossier médical électronique selon la méthodologie SOAP (Subjectif, Objectif, Analyse, Plan).

Le groupe de travail propose de supprimer les règles dites « d'immunité ».

- pour les admissions sous la supervision d'un médecin spécialiste d'une discipline chirurgicale y compris la gynécologie : UVR 0,5 par patient ;
- pour les autres admissions : UVR 1, à l'exception des admissions en service E, N* (UVR 1,5) et de la surveillance obstétricale du travail avant l'accouchement (UVR 1,5, une fois facturable avant l'accouchement).

Enfin, il y a lieu de prévoir une majoration pour la surveillance pendant le week-end et les jours fériés, comme prévu également dans le cas des consultations (voir 3.1.1.2.2).

Compte tenu des discussions en cours concernant l'évaluation de l'hospitalisation à domicile, le groupe de travail ne s'est pas penché sur la classification de la surveillance dans le cadre de l'hospitalisation à domicile.

3.2.4. *Avis d'un autre spécialiste chez un patient hospitalisé*

Le groupe de travail plaide également en faveur d'une revalorisation des honoraires professionnels au cas où le médecin traitant demande une consultation (un avis/examen) au chevet du patient par un médecin d'une autre spécialité de base. Il s'agit ici la plupart du temps de situations graves qui nécessitent d'y consacrer le temps voulu.

Le groupe de travail propose d'attribuer la UVR de la consultation du spécialiste concerné aux honoraires professionnels pour la l'avis au chevet du patient, rapport compris. Bien entendu, le nombre de d'avis ne peut pas être répété inutilement et il y a lieu d'éviter ce qu'on appelle les renvois internes. Le groupe de travail propose de stipuler qu'une qu'un avis comprend également le suivi pendant toute la durée de l'admission, à l'exception des avis par un psychiatre (infanto-juvénile), par un médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation et par un gériatre en dehors des services concernés.

3.2.5. *Hôpital de jour*

Ces dernières années, la part de l'hôpital de jour a augmenté dans une mesure importante. Le nombre d'admissions de ce genre est plus élevé que le nombre d'admissions classiques. Les activités ACA au sein de l'hôpital de jour se rapportent à l'admission, à la surveillance et à la sortie. Dans ce cadre, une distinction doit être faite entre l'hôpital de jour chirurgical et interventionnel, d'une part, et l'hôpital de jour non chirurgical et non interventionnel, d'autre part. Les prestations concernées sont cumulables avec des prestations techniques, mais pas avec des honoraires de consultation.

3.2.5.1 Hôpital de jour chirurgical et interventionnel

Il est proposé de prévoir, pour les prestations qu'il est permis d'effectuer en hôpital de jour, des honoraires généraux pour la rémunération des activités liées à la gestion et à la sortie du patient. La durée est évaluée à 20 minutes, avec une UVR 1.

En ce qui concerne la surveillance postopératoire par l'anesthésiste, il y a lieu de partir du principe que celle-ci est incluse dans la prestation spéciale de l'anesthésiste.

3.2.5.2 Hôpital de jour non-chirurgical et non interventionnel

Les prestations dispensées en hôpital de jour non chirurgical sont assez variées et concernent différentes disciplines (gériatrie, psychiatrie, gastro-entérologie, pédiatrie, oncohématologie, rhumatologie, ...). Elles sont généralement d'une durée différente. Certaines prestations sont de nature pluridisciplinaire.

Le groupe de travail propose de faire une distinction entre l'hôpital du jour non-chirurgical et non-interventionnel, par exemple selon qu'il s'agit de diagnostics ou de traitements par

perfusion. Compte tenu de la diversité des prestations fournies, il convient d'établir une liste en fonction de la durée.

Les UVR précitées constituent la partie professionnelle pour les activités liées à l'admission, à la surveillance/coordination et à la sortie.

3.2.6 Hospitalisation à domicile

Compte tenu des discussions en cours concernant l'évaluation de l'hospitalisation à domicile, le groupe de travail ne s'est pas penché sur la classification de la surveillance dans le cadre de l'hospitalisation à domicile.

3.3. Prestations hospitalières particulières

3.3.1. *Soins d'urgence*

3.3.1.1. Généralités

La forte charge du service des urgences suscite des inquiétudes depuis plusieurs années. Il est important que des initiatives soient prises et mises en œuvre pour freiner le recours des patients au service des urgences, entre autres grâce à de bons accords avec les médecins généralistes ainsi que par l'application d'un mécanisme de tri performant préalable. Il faut en outre constater que la majoration des tickets modérateurs instaurée ces dernières années n'a pas entraîné une inflexion de la tendance. Entre 2020 et 2024, le nombre de consultations, exception faite des consultations par des médecins spécialistes appelés en renfort, est passé de 2,6 à 3,3 millions. Enfin, il ne faut pas perdre de vue le lien avec la réforme du paysage hospitalier, dans le cadre de laquelle une commission d'experts de la Conférence interministérielle Santé publique a formulé des propositions pour une gestion efficace des ressources (infrastructures et main-d'œuvre) (décembre 2025).

Le groupe de travail est d'avis que les activités, et les honoraires qui en découlent, des médecins urgentistes actifs dans une fonction agréée de soins urgents spécialisés peuvent se subdiviser dans les composantes de base suivantes :

- Les honoraires de permanence, qui rémunèrent la présence continue intra-muros des médecins (voir ci-après au point 3.6.1) ;

Les honoraires pour la prise en charge individuelle, le tri, la consultation, la réorientation et la sortie.

À cet égard, il est tenu compte des conclusions d'une étude internationale lors de laquelle une durée moyenne de 47 minutes du contact avec le patient a été observée. En ce sens, une UVR 2,5 est proposée.

Dans ce contexte, les honoraires supplémentaires suivants sont octroyés le cas échéant :

- d'une part, des honoraires supplémentaires sont prévus si le patient est admis à l'hôpital sans que cela ait été prévu (RVU 1).

- d'autre part, des honoraires supplémentaires (RVU 2) s'appliquent également lorsque le patient reste dans les locaux des soins d'urgence spécialisés pour une observation prolongée avec admission pendant 24 heures et sortie après 8 heures ou lorsqu'il est orienté vers un service de soins intensifs.

Les honoraires pour la surveillance et les honoraires supplémentaires comprennent la rémunération pour la ventilation artificielle quelque soit son mode.

- Les honoraires pour certaines prestations techniques effectuées.

De cette manière, on s'assure que l'intensité de l'activité est également prise en compte, comme le prévoit la réglementation.

Les honoraires supplémentaires prévus au point 3.1.1.2 ne s'appliquent pas ici. Toutefois, des suppléments d'honoraires peuvent être facturés pour out of hours care (voir 3.6.2).

Pour les médecins titulaires d'un brevet de médecine aiguë, un coefficient multiplicateur de 0,75 est appliqué à la UVR. Ce système a un caractère extinctif.

En ce qui concerne les honoraires de permanence, les mêmes UVR que celles mentionnées au point 3.6.1 sont proposées.

3.3.1.2. Consultations de spécialistes appelés en renfort

Il est proposé de fixer la valeur des honoraires du spécialiste appelé en renfort qui se rend physiquement sur place et rédige un rapport au niveau de la UVR de la consultation du spécialiste concerné, complétée, le cas échéant, par les honoraires pour soins dispensés en dehors des heures normales de travail.

Dans ce contexte, il y a lieu de tenir compte des interventions psychiatriques urgentes. Ici, une UVR 3 ou 6 est proposée selon qu'il s'agisse d'adultes ou d'enfants/adolescents, le cas échéant complétée par les honoraires pour les out of hours care (voir point 3.6.2.).

3.3.1.3. Autres éléments

À titre complémentaire, les propositions suivantes sont formulées :

- intervention SMUR externe (UVR 4,5) – cf. transport médicalement assisté (voir ci-après au point 3.5) ;
- intervention aiguë interne d'un médecin urgentiste auprès d'un patient hospitalisé (UVR1,5)
- intervention dans le cadre d'un plan catastrophe (UVR 6) à partir de l'annonce officielle jusqu'à l'heure de fin fixée. La question se pose de savoir si cela ne devrait pas être à la charge du SPF Intérieur.

3.3.2. Soins intensifs

3.3.2.1. Généralités

La structure des honoraires des spécialistes en médecine intensive comprend les éléments suivants :

- Les honoraires de permanence, qui rémunèrent la présence continue intra-muros des médecins (voir point 3.6.1) ;

- Les honoraires pour l'admission, la surveillance, la gestion, la concertation et la sortie des patients :

Les honoraires d'installation en cas d'admission avant 24 h et sortie après 8 h sont fixés à la RV4 4. À cela s'ajoutent un supplément de RVU 2 si l'admission s'effectue via la fonction agréée de soins d'urgence ou depuis une unité de soins. Ces honoraires d'installation peuvent être cumulés avec une rémunération pour soins en dehors des out of hours (voir point 3.6.2).

Une RVU 4 est proposée par journée de surveillance à partir du jour de l'admission y compris la ventilation et la surveillance.

En cas de sortie, aucune surveillance n'est prévue, mais les honoraires UVR 2 peuvent être facturés, sauf si la date de sortie est identique à la date d'admission. Ces honoraires comprennent un rapport obligatoire destiné au médecin généraliste et au médecin traitant.

- Les honoraires de surveillance technique lors de certaines prestations invasives techniques spécifiques, sur la base d'une liste limitative (voir annexe 1, chapitre 2.F). Ceci permet de tenir compte de la gravité de la pathologie.

Pour les honoraires de monitoring au moyen d'appareillage technique invasif, une majoration de surveillance est prévue. Celle-ci s'élève pour l'ECMO et l'assistance ventriculaire + UVR2, pour UVR de l'ICP + UVR 1.2 , pour la dialyse ou la CVVH + UVR 1, pour le débit cardiaque avec thermodilution + UVR 0.4 avec un maximum de 3 jours.

Ces honoraires de surveillance sont classés au niveau 3 de complexité et de risque, compte tenu de l'expertise particulière requise.

Le maximum d'honoraires de surveillance facturables est de 365 par lit justifié par an.

3.3.2.2. Autres éléments

Le groupe de travail propose également de prévoir une consultation de suivi après un séjour (prolongé) d'au moins (30 jours/6 semaines) au service des soins intensifs avec une UVR 1,5. Cette prestation ne peut être facturée que dans les limites d'une période de 3 mois après l'admission aux soins intensifs, avec un maximum de 2 consultations par patient et rapport obligatoire aux médecins traitants.

Appels d'urgence internes.

Des honoraires sont également prévus pour l'intervention aiguë d'un médecin en soins intensifs auprès d'un patient hospitalisé (par exemple, arrêt cardiaque, etc.). Une UVR 1,5

Pour la surveillance continue de la fonction cardiaque à l'aide d'un cathéter intra-arteriel dans une unité autre qu'une unité de soins intensifs en dehors d'une anesthésie, des interventions chirurgicales et obstétricales et des tests de la fonction cardiaque, une UVR 2/jour est proposée, pour un maximum de deux jours. La même valeur et la même limitation de durée s'appliquent à la surveillance de la ventilation artificielle contrôlée ou assistée, sous intubation trachéale ou trachéotomie en dehors d'une anesthésie, y compris la capnométrie.

Un point d'attention particulier est celui de la transplantation et de la gestion des donneurs. À cet égard, il y a lieu de souligner qu'un groupe de travail composé de membres du BTC, du SPF Santé publique, de l'INAMI, ainsi que de représentants du Conseil Technique Médical, a été chargé d'élaborer un modèle de financement actualisé.

3.3.3. *Néonatalogie*

3.3.3.1. Généralités

Dans ce domaine, les activités et les honoraires qui en découlent des médecins néonatalogues peuvent être divisés en trois parties, par analogie avec les médecins travaillant dans les services de soins intensifs, à savoir :

Les honoraires de permanence, qui rémunèrent la présence continue intra-muros des médecins (voir 3.6.1) ;

- La surveillance et la gestion des nouveau-nés en fonction des paramètres suivants du nouveau-né et dans l'ordre suivant en fonction de la date de naissance de l'enfant : :

- âge gestationnel < 28 semaines
- âge gestationnel compris entre 28 et 33 semaines
- âge gestationnel > 33 semaines
- postopératoire

Les honoraires pour cette surveillance continue s'élèvent à une UVR 6 par patient/par jour pour un âge gestationnel < 28 semaines, une UVR 5 pour un âge gestationnel compris entre 28 et 33 semaines et une UVR 4 pour un âge gestationnel > 33 semaines et UVR 5 pour les admissions post-opératoires selon une liste d'intervention prédéfinie (voir Annexe 4). Des majorations d'honoraires sont prévues pour le premier jour lorsque l'installation du patient a lieu en dehors des heures de bureau. (voir 3.6.2).

Le jour de la sortie, seuls les honoraires de sortie (UVR 2 peuvent être facturés. Ces honoraires ne peuvent être facturés si la date de sortie est la même que la date d'admission. Cela inclut les obligations en matière de rapports.

- Les honoraires pour la surveillance lors de certaines prestations techniques spécifiques.

Un supplément aux honoraires de surveillance d'une valeur RVU de 1,8 est accordé en cas de surveillance continue de la PIC chez les nouveau-nés < 28 semaines et de 0,8 entre 28 et 33 semaines et > 33 semaines. Les honoraires techniques de surveillance sont classés au niveau 3 en termes de risque et de complexité.

Le nombre maximum d'honoraires facturables est de 365 jours par lit justifié.

Des honoraires sont également prévus pour la consultation prénatale par un néonatalogiste à la demande d'un gynécologue qui constate une anomalie congénitale, d'une valeur égale à la UVR 2.

Parallèlement aux honoraires pour les personnes ayant effectué un séjour prolongé dans une unité de soins intensifs, des honoraires de suivi par le pédiatre sont également prévus pour les prématurés (< 33 semaines d'âge gestationnel) qui ont été admis pendant au moins deux mois dans un service NIC. Pour cette prestation, une plage horaire de 40 minutes est rémunérée (UVR 2). Ces honoraires peuvent être facturés au maximum deux fois.

Quid Mic : prestations urgentes ? surveillance ?

3.3.4. *Psychiatrie*

3.3.4.1. Admission et sortie

L'admission et la sortie d'un hôpital psychiatrique ou d'un service psychiatrique d'un hôpital général sont soumises aux mêmes principes que ceux énoncés aux points 3.2.1. et 3.2.2. Cela implique l'établissement d'un dossier d'admission, la planification des soins après la sortie, ainsi que la prise de contact avec les dispensateurs de soins et les membres de la famille qui assurent le traitement.

Ici, il semble justifié de faire une distinction de durée entre l'admission des adultes et celle des enfants et adolescents de moins de 18 ans. Une UVR de 3 et 4.5 est proposée. Lors de la sortie, une UVR 2 est d'application pour les adultes et une UVR 3,5 pour les enfants et les adolescents, ceci incluant le rapport.

3.3.4.2. Surveillance

Contrairement à ce qui est proposé pour les hôpitaux généraux, des honoraires de surveillance dégressifs sont pris en compte pour les admissions psychiatriques d'adultes dans les hôpitaux généraux et psychiatriques à partir du 21^{ème} jour.

La durée journalière à rémunérer est estimée à UVR 1,2 jusqu'au 21^e jour, UVR 0,5 entre le 22^e et le 90^e jour et UVR 0,2 à partir du 91^e jour.

Pour les enfants et les adolescents, aucune dégressivité n'est proposée mais une surveillance quotidienne permanente de 30 min (UVR 1,8). Une majoration sur le surveillance est également prévue pour la surveillance des patients âgés de 18 à 23 ans (UVR 0,3).

Pour la surveillance en unités de traitement intensif (TI, For K TI), une majoration est liée aux honoraires de surveillance, compte tenu des rapports spécifiques et de l'intensité exigés dans ce contexte (UVR 2,5 pour TI et UVR 2 pour For K TI).

Quid en cas de congé thérapeutique ou d'hospitalisation partielle ?

3.3.4.3. Consultations

Les psychiatres sont régulièrement appelés en renfort pour des consultations pour un patient admis en dehors d'un service de psychiatrie ou de pédopsychiatrie. Cette prestation est la plupart du temps qualifiée de liaison.

L'objectif d'une « consultation de liaison » est d'évaluer et de traiter les problèmes psychiatriques et/ou psychosociaux des patients présentant des plaintes somatiques ou des affections médicales.

La durée nécessaire pour une première consultation est évaluée à 60 min pour les adultes et à 120 min pour les enfants et les adolescents (UVR 3 et UVR 6). Les consultations de suivi obtiennent une UVR de respectivement 1 et 1.8. Comme c'est actuellement le cas, celles-ci peuvent être facturées une fois par période de sept jours commencée pour les patients adultes et six fois la première semaine et trois fois les semaines suivantes pour les enfants et les adolescents.

À l'inverse, les soins somatiques prodigués aux patients psychiatriques hospitalisés dans un hôpital psychiatrique ou dans le service psychiatrique d'un hôpital général méritent également une attention particulière. Ainsi, chaque patient admis dans un établissement psychiatrique doit faire l'objet d'un contrôle médical systématique à son admission et un plan de traitement et de suivi doit être établi, couvrant à la fois les soins psychiatriques et somatiques (UVR 2).

3.3.5. *Rééducation fonctionnelle lors d'une hospitalisation*

Pour les patients hospitalisés dans des services de rééducation fonctionnelle, le même système d'établissement et de suivi d'un plan de rééducation fonctionnelle (division en 5 niveaux ou niveaux regroupés) est proposé que pour les prestations ambulatoires de réadaptation.

Les mêmes UVRUVR sont également appliquées pour l'établissement du plan de rééducation (en fonction de la classification du niveau du patient, voir point 3.1.2.8).

Lors de l'admission et de la sortie, les règles relatives aux prestations générales s'appliquent (UVR 1 ou 2 – voir 3.2.1).

Il est également proposé de suivre les règles relatives aux prestations générales pour la surveillance d'un patient admis dans un service de réadaptation (Sp, etc.). Une UVR 1 est attribuée par jour pour la surveillance du patient.

Les règles générales s'appliquent aux consultations au chevet du patient dans les services autres que les services de réadaptation, c'est-à-dire la RVU de la consultation du médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation.

Enfin, il est également possible que le médecin en médecine physique et réadaptation soit invité à établir un plan de rééducation fonctionnelle pour un patient hospitalisé dans un service autre qu'un service de réadaptation. Les mêmes valeurs que dans le cadre ambulatoire (3.1.2.8) s'appliquent à l'établissement et au suivi du plan de rééducation fonctionnelle.

Le groupe de travail ACA a également appris que des discussions sur la problématique des services Sp ont été entamées au sein du Conseil fédéral des Etablissements hospitaliers en vue d'élaborer un nouveau modèle d'organisation et de financement.

Comme pour la rééducation fonctionnelle ambulatoire, il convient ici aussi de fixer des prestations analogues et des valeurs UVRUVR dans le cadre des prestations de rééducation fournies par des médecins non médecins de médecine physique.

3.4. Concertation inter- et multidisciplinaire

La nomenclature actuelle prévoit des honoraires pour un certain nombre d'activités inter- et multidisciplinaires. C'est le cas, entre autres, pour l'oncologie, l'hématologie, la neurologie (pédiatrique), la gériatrie, la psychiatrie (pédiatrique et juvénile) et la néphrologie.

L'analyse de la nomenclature montre qu'une grande hétérogénéité existe en la matière en termes de contenu, d'honoraires et de règles d'application. Au sein du Conseil Technique Médical, a déjà été évoqué le souhait de prévoir un socle commun et d'élaborer une structure générique. Il y a lieu de tenir compte à cet égard du nombre requis de participants, des différentes responsabilités des médecins concernés et de la spécificité des domaines médicaux concernés. Le groupe de travail n'est pas partisan d'inclure dans la nomenclature des prestations relatives à la concertation et aux contacts entre deux médecins (la concertation dite bilatérale). Pour certaines prestations spécifiques qui existent dans la nomenclature actuelle, cela est toutefois prévu (p.e. concertation pédopsychiatre – médecin généraliste). Le groupe de travail estime en effet que – hormis dans le cas de consultations au chevet du patient et d'un avis d'expert – cela fait intrinsèquement partie d'une pratique normale.

Le groupe de travail propose l'introduction d'une prestation d'expertise à distance par un médecin spécialiste à la demande d'un autre médecin dans un nombre limité de situations et pour un nombre restreint de spécialités. La demande d'avis doit figurer dans le dossier du patient. Pour cette prestation, il est proposé une UVR 0,8 de la consultation de base du spécialiste concerné.

Le groupe de travail adopte la définition suivante : « une consultation structurée entre des médecins appartenant à au moins trois disciplines différentes qui sont personnellement

impliqués dans le traitement du patient ou qui ont établi un diagnostic dans le cadre du parcours de soins du patient. »

Les contacts ou les analyses diagnostiques sont traçables dans les dossiers médicaux des patients concernés. Un rapport au médecin traitant est obligatoire.

À cet égard, le groupe de travail est d'avis qu'il faut établir une distinction entre le médecin traitant ou le rapporteur et les autres participants. La participation du médecin traitant ou du rapporteur reçoit la même valeur qu'une consultation, soit UVR 1. La participation des autres médecins se voit attribuer une UVR 0,5. Un maximum d'un médecin peut être remboursé par discipline de base (niveau 2). Des règles d'application plus détaillées doivent être fixées, notamment en ce qui concerne la fréquence et les disciplines concernées en fonction de la pathologie. Le groupe de travail adopte la définition suivante : « une concertation structurée avec rédaction d'un rapport dans le dossier médical électronique entre le médecin traitant et les paramédicaux et autres prestataires de soins. Cette concertation peut avoir lieu pour des patients ambulatoires et pour des patients hospitalisés. L'activité du médecin traitant se voit attribuer la UVR 0,5 par patient. Une majoration est prévue pour la coordination et le rapportage des concertations. Dans le cadre des soins psychiatriques, des UVR plus élevées sont proposées pour les concertations de 60 et 90 minutes.

Les prestations concernées peuvent être facturées maximum une fois par semaine. Des règles d'application détaillées seront établies pour les indications concernées en ce qui concerne la fréquence et les disciplines à impliquer.

3.5. Transport médicalement assisté

Deux situations peuvent être distinguées ici : les interventions du service mobile d'urgence d'une part et les transports médicalement assistés entre hôpitaux d'autre part.

En ce qui concerne l'intervention extra-muros du service mobile d'urgence, la durée (aller-retour) de l'intervention est estimée à 90 min (UVR 4,5). Les mêmes honoraires (UVR 4,5) s'appliquent en cas de transport médicalisé vers un hôpital ou de transport médicalisé vers un autre hôpital pour un diagnostic et/ou un traitement à effectuer d'urgence.

Honoraires de base pour le transport médicalement supervisé par un néonatalogiste vers un autre hôpital. Durée (aller/retour : 180 min) : UVR 9

Des majorations d'honoraires sont ajoutées la nuit ou le week-end. Des honoraires sont prévus pour 1 médecin. La complexité et le facteur de risque doivent être précisés.

Quid des prestations techniques ?

3.6. Permanence et prestations le soir, le week-end et les jours fériés

3.6.1. Permanence

Le groupe de travail adopte le point de vue de rémunérer la permanence de la même manière pour tous les médecins concernés. Comme affirmé précédemment, les honoraires de permanence rémunèrent la présence obligatoire du médecin sur place. Cette indemnité n'est due que lorsqu'une permanence est prévue par la réglementation, indépendamment du fait qu'un financement soit prévu à cet effet (comme pour le SMUR). Le groupe de travail insiste pour que certaines exigences en matière de permanence soient revues, en priorité dans le domaine des services d'urgence avec SMUR et des centres de traumatologie. Cette rémunération n'inclut pas les honoraires des prestations dispensées au cours de la période concernée. Concrètement, il est proposé ceci pour les honoraires de permanence : Honoraires de permanence entre 8 et 18 heures : UVR 1/heure en semaine ; UVR 1,25/heure les samedis, dimanches et jours fériés.

- Honoraires de permanence entre 23 et 8 heures : UVR 2/heure.

Ces honoraires de permanence s'appliquent aux postes de garde de médecine générale, aux soins d'urgence, aux soins intensifs, aux soins intensifs néonataux et aux « soins intensifs à la mère » (MIC). Il n'y a pas d'honoraires de permanence en journée pour les postes de garde de médecine générale dans la semaine.

Les honoraires de permanence ne comprennent pas les honoraires pour les prestations accomplies pendant la période concernée.

3.6.2. Majoration en cas de prestations urgentes effectuées le soir, le week-end et les jours fériés

La nomenclature actuelle ne comprend pas de système uniforme concernant les prestations urgentes en dehors des heures normales de travail. En outre, la scission des prestations techniques entre une partie professionnelle et une partie coûts nécessitera également une réévaluation.

Il est suggéré d'instaurer un modèle uniforme prévoyant une majoration en pourcentage des honoraires professionnels.

Dans ce cadre, les majorations suivantes seraient appliquées pour les prestations médicales urgentes effectuées le soir, le week-end et les jours fériés (consultations, visites, honoraires A et C, prestations techniques) :

- Prestations de jour 8h-18h (uniquement les samedis, dimanches et jours fériés) : +50 % sur les honoraires des prestations effectuées (si la permanence du médecin est rémunérée) et 75 % (si le médecin ne perçoit pas d'honoraires de permanence).
- Prestations en soirée de 18 h à 23 h (tous les jours de la semaine, week-ends, jours fériés) : +75 % sur les honoraires des prestations effectuées (si la permanence du médecin est rémunérée) et 100 % (si le médecin ne perçoit pas d'honoraires de permanence).
- Prestations de nuit de 23h à 8h (tous les jours de la semaine, week-end, jours fériés) : +100 % sur les honoraires des prestations effectuées (si la permanence du médecin est rémunérée) et +125 % (dans le cas de médecins appelés en renfort).

Ces prestations requièrent un enregistrement rigoureux et contrôlable des moments où les prestations ont été effectuées, rapport compris.

3.7. Autres domaines

3.7.1. Biologie clinique

La motivation de la création de ce sous-groupe de travail tient compte de l'impossibilité pratique de déterminer la partie professionnelle des honoraires pour les différents tests de biologie clinique.

Au départ, une proposition a été élaborée par les experts biologistes cliniques qui distinguait quatre éléments pour déterminer la part professionnelle des différentes prestations : la nomenclature des prestations techniques avec une indemnité par prestation (où les tests sont regroupés en une dizaine de familles), l'indemnité pour la gestion des processus avec une indemnité forfaitaire par demande (somme de toutes les prestations d'une journée pour un patient), une indemnité par admission (forfait en fonction du service) et une indemnité par séjour (forfait par jour exprimé en pourcentage des honoraires intellectuels portés en compte par les médecins hospitaliers par séjour).

Le groupe de travail ACA a insisté pour que l'on se conforme davantage à la méthodologie qu'il a utilisée. Il a été jugé nécessaire d'obtenir une meilleure compréhension de la répartition efficace du temps des biologistes cliniques, tant sur le plan clinique qu'en termes d'organisation des activités de laboratoire.

À cette fin, une enquête a été développée en collaboration avec Sciensano à laquelle ont participé 68% des laboratoires (51,4% des dispensateurs), voir l'annexe 10. Cette enquête a permis de sonder la répartition entre les activités cliniques d'une part et les activités de gestion d'autre part. Les activités cliniques comprenaient notamment l'analyse clinique et la validation des tests. Les activités de gestion comprenaient, entre autres : analyse de la qualité, organisation des processus, gestion d'équipe, gestion logistique, pré- et post-analyse, participation à la concertation hospitalière, IT. L'enquête a révélé que 60 % des activités peuvent être considérées comme cliniques et 40 % comme des activités de gestion. Cette enquête permet également de déduire que l'activité hebdomadaire des biologistes cliniques est d'environ 50 heures. L'activité hospitalière spécifique est de 6,5 heures.

Sur cette base, le groupe de travail ACA propose de distinguer les éléments suivants pour déterminer les honoraires professionnels des biologistes cliniques :

3.7.1.1. Honoraires cliniques (facteur 1)

Il s'agit du montant relatif à l'activité clinique du biologiste clinique en fonction des UVR en termes de durée et de complexité de tous les codes de nomenclature existants.

En vue de déterminer les honoraires cliniques, les différents tests de la nomenclature (chimie et hématologie) ont été répartis en sept groupes différents. Une valeur relative en termes de

durée et de complexité a été fixée pour chacun de ces groupes, qui a été évaluée et validée par un panel de médecins. Le tableau intégré est joint en annexe 5.

Comme mentionné ci-dessus, il est estimé que cette activité représente 60 % du temps de travail des biologistes cliniques.

3.7.1.2. Honoraires pour les activités de gestion (facteur 2)

Pour ces activités, il est proposé de maintenir la situation existante, dans laquelle des honoraires forfaitaires sont fixés.

Leur montant est fixé par prescription pour les patients ambulatoires et par admission ou journée d'hospitalisation pour les patients hospitalisés.

Pour les honoraires des activités de gestion pour les patients ambulatoires, il est proposé de les différencier sur la base du nombre total de UVR, exprimées en minutes, par prescription. Pour les patients hospitalisés, ces valeurs sont exprimées sur base journalière.

Compte tenu de l'enquête susmentionnée, la valeur relative des honoraires de gestion de laboratoire est logiquement de 0,40 par rapport aux honoraires cliniques correspondant à la somme des tests effectués par patient/par jour.

3.7.1.3. Honoraires pour les activités hospitalières spécifiques

La spécificité du milieu hospitalier doit être prise en compte lors de la fixation des honoraires professionnels du biologiste clinique pour les patients hospitalisés. Chez les patients hospitalisés, cela implique généralement une question diagnostique complexe avec, selon la nature de la pathologie, un suivi systématique des paramètres cliniques pendant le séjour. Des facteurs tels que les urgences, la concertation multidisciplinaire, la disponibilité continue, entre autres, doivent également être pris en compte.

Compte tenu des éléments précités, le groupe de travail propose de majorer les honoraires cliniques et de gestion par l'application d'un coefficient multiplicateur de 1,1.

Le groupe de travail s'est également penché sur le domaine de la microbiologie, qui est reconnu comme une spécialité depuis 2020.

Le groupe de travail souhaite développer sur cette base quelques simulations concrètes.

Le groupe de travail central a souligné l'opportunité de fixer le financement de la biologie clinique dans le cadre d'une enveloppe budgétaire fermée.

3.7.2. *Accréditation*

La nomenclature actuelle prévoit des majorations sur les honoraires des médecins accrédités (appelées valeurs Q) pour un grand nombre de prestations ACA et certaines prestations

spéciales. En outre, un montant forfaitaire annuel est également accordé aux médecins accrédités.

Pour 2023, il s'agit d'un montant global de 518,6 M EUR (479,0 M EUR pour les consultations et les visites, 15,5 M EUR pour les prestations spéciales et 22,0 M EUR pour le forfait d'accréditation.

Le groupe de travail est d'avis que, compte tenu de la complexité et de l'hétérogénéité identifiée entre les différentes disciplines, les valeurs Q concernées ne sont plus maintenues. Le groupe de travail souhaite toutefois que le montant global des ressources concernées soit maintenu et intégré dans le montant des consultations et des visites. Par ailleurs, il existe un consensus au sein du groupe de travail pour maintenir un montant forfaitaire qui rembourse le coût de la formation continue des professionnels. Une UVR 100/an est proposée.

Le solde limité restant peut-être utilisé pour des réévaluations ou de nouvelles prestations ACA.

3.7.3. Coûts

Le point 4 du plan de réforme de l'organisation et du financement des hôpitaux, proposé par le ministre des Affaires sociales et de la Santé publique le 28 janvier 2022, concerne la réforme de la nomenclature. Il stipule ce qui suit : « Enfin, les prestations en nature et le budget disponible seront répartis entre une partie professionnelle et une partie coût. Une unité de valeur relative en EUR sera alors établie pour les différentes prestations . Enfin, les montants en question relatifs au budget de fonctionnement seront intégrés dans les tarifs DRG ou prévus comme indemnité de pratique pour les prestations ambulatoires. »

Le groupe de travail a dû conclure que pour déterminer les coûts associés aux prestations ACA, il n'existait pas de sources prêtes à l'emploi pour identifier les coûts concernés.

Le groupe de travail a estimé que les principaux éléments de coût des prestations ACA concernent l'infrastructure (aménagement et entretien des salles d'examen et d'attente), l'informatique, le support administratif et l'accueil.

Il a été précisé ici que la « prime de pratique » existante pour les médecins généralistes ne rembourse qu'une partie limitée des coûts informatiques, mais vise principalement à encourager l'utilisation d'applications numériques. Toutefois, le soutien administratif aux médecins généralistes est, en partie, pris en charge par des interventions communautaires.

Sur le principe, la question se pose également de savoir si l'allocation de pratique mentionnée dans le plan de réforme est fixée de manière forfaitaire ou par prestation, ainsi que dans quelle mesure le niveau d'activité sera pris en compte.

Dans le cadre de cette problématique, il est important de répondre à un certain nombre de questions, telles que : quel est le champ d'application exact, quels sont les frais de fonctionnement qui peuvent être inclus dans une allocation de pratique, comment les coûts diffèrent-ils entre les différents lieux de pratique (hôpital, cabinets privés et polycliniques), comment éviter un double financement, l'allocation de pratique est-elle liée à une standardisation des pratiques ?

À la demande du groupe de travail, les représentants des associations faitières des hôpitaux (NL et FR) ont été invités à collecter des données relatives aux coûts des activités ambulatoires, pour lesquelles aucune subvention n'est prévue, ni au niveau des infrastructures, ni au niveau du budget. À ce jour, ces données n'ont pas encore été fournies.

Le groupe de travail a constaté qu'il n'appartient pas à l'assurance soins de santé d'encourager le « private equity ».

Enfin, le groupe de travail estime qu'il est particulièrement complexe et fastidieux sur le plan technique de scinder les prestations ACA en une partie professionnelle et une partie coûts.

4. Décisions, difficultés et prochaines étapes

4.1. Conclusions générales

4.1.1. Le présent rapport résume les conclusions du groupe de travail ACA. Celles-ci s'appuient sur les précieuses contributions fournies par les acteurs de terrain. Le document et ses annexes constituent la base pour la poursuite de l'élaboration de la nomenclature des prestations ACA.

4.1.2. Le groupe de travail estime que les honoraires pour la disponibilité et la gestion clinique ne peuvent pas être remboursés via la nomenclature. Le groupe de travail estime que la discussion sur le remboursement de la gestion clinique doit être abordée dans le cadre de la gouvernance avec les hôpitaux.

4.2. Points sensibles

4.2.1. Une organisation de médecins estime que le classement des consultations (voir point 3.1.1.1) ne reflète pas fidèlement la durée des consultations de certaines spécialités par rapport à la valeur fixée pour les consultations des médecins généralistes. Elle estime qu'une concertation plus approfondie est nécessaire à ce sujet.

Le président fait remarquer à ce sujet que les simulations prévues doivent permettre de vérifier si et dans quelle mesure les objectifs fixés pour la réforme de la nomenclature sont atteints.

4.2.2 Étant donné que le groupe de travail n'a pas pu faire la distinction entre la partie professionnelle et la partie financière des prestations ACA, le ban des médecins a proposé de prévoir légalement que seuls les frais directs et les frais de perception engagés par des tiers et justifiés en rapport avec les prestations ACA puissent être facturés pour ces prestations. Les représentants des hôpitaux émettent des réserves à ce sujet.

Le groupe de travail insiste toutefois sur la nécessité de prévoir une allocation pratique, dans des conditions à déterminer.

4.3. « Blind spots »

Le groupe de travail est conscient que la proposition doit encore être précisée sur un certain nombre de points.

Il est ainsi nécessaire de travailler rapidement à l'élaboration de règles d'application concrètes pour les différentes prestations (fréquence, règles de cumul, etc.).

Un certain nombre de sujets doivent encore faire l'objet d'une discussion plus approfondie (à vérifier) : transport médical, MIC, services SP/gériatrie, hospitalisation à domicile, consultations téléphoniques, niveaux de complexité des soins intensifs et néonatalogie, etc.

Dans certains domaines, un bon alignement avec les conclusions du groupe de travail ATMC (prestations techniques des médecins généralistes, durée des prestations techniques chez les enfants, etc.) est également nécessaire.

4.4. Prochaines étapes

Les valeurs RVU proposées pour les différentes prestations ACA seront, dans la suite du processus, reportées sur une échelle interdisciplinaire commune avec les autres prestations de la nomenclature.

Le groupe de travail insiste pour que les différents groupes de travail s'accordent sur la pondération des différents facteurs que sont la durée, le risque et la complexité en vue de la fixation de l'échelle intradisciplinaire. À cette fin, il demande que le groupe de pilotage nomenclature soit convoqué à court terme.

Le groupe de travail estime qu'il est important de réaliser à court terme un certain nombre de calculs sur la base des données disponibles afin de pouvoir évaluer la cohérence interne et l'impact financier des propositions. Cela doit permettre de vérifier si les objectifs fixés ont été atteints et, le cas échéant, d'apporter des modifications.

IMPACT BUDGÉTAIRE :

IMPACT ADMINISTRATIF :

PROCÉDURE :

MISSION DE LA COMMISSION NATIONALE MÉDICO-MUTUALISTE :

La Commission Nationale Médico-Mutualiste est priée de prendre connaissance de ce rapport.

