

CONVENTION
EN APPLICATION DE L'ARTICLE 56, § 1^{ER}, EN VUE DU FINANCEMENT D'UNE ÉTUDE
COMPARATIVE RELATIVE AU MODÈLE D'ORGANISATION ET DE FINANCEMENT EN
MÉDECINE GÉNÉRALE

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 56, § 1^{er}, et vu la décision prise par le Comité de l'assurance en sa séance du 10 juillet 2023 et 15 janvier 2024,

Il est convenu ce qui suit, entre :

D'une part,

- a) ... (**pratique de médecine générale**), représentée par ..., dénommée ci-après le **premier contractant** ou la **pratique de médecine générale**,

Et, d'autre part,

- b) **Le Comité de l'assurance soins de santé de l'INAMI**, représenté par Mickaël Daubie, Directeur général du Service des soins de santé de l'INAMI, dénommé ci-après le **deuxième contractant** ou l'INAMI.

Objectifs de la convention

La présente convention a pour but de développer et d'évaluer un nouveau modèle d'organisation et de financement durable pour la médecine générale. Ce modèle doit répondre aux besoins constatés en médecine générale et vise à réaliser les objectifs du Quintuple Aim : améliorer la santé de la population en fonction de ses besoins, améliorer la qualité des soins perçue par l'individu, utiliser plus efficacement les ressources disponibles, réduire les inégalités sociales en matière de santé et améliorer le bien-être des professionnels de la santé. Ce nouveau modèle coexistera avec le système actuel. Les médecins généralistes peuvent adhérer volontairement à ce nouveau système, ouvert aux différents types de pratiques actuelles de médecine générale.

Concrètement, l'objectif de ce modèle de financement pour les médecins généralistes est de : (1) être suffisamment stimulant, (2) préserver l'accessibilité pour les patients et l'améliorer si nécessaire, en accordant une attention particulière aux patients vulnérables, (3) mettre l'accent sur la continuité des soins et la disponibilité, (4) rémunérer correctement les médecins généralistes pour les tâches effectuées pendant et en dehors des consultations, (5) permettre la délégation de tâches, (6) fournir des incitants appropriés, notamment en matière de prévention, de gestion de la population, de coopération multidisciplinaire, de qualité, de disponibilité, etc., (7) éviter à la fois la surconsommation et la sous-consommation et (8) viser une simplicité administrative maximale.

Sur la base des données collectées et disponibles, telles que les données de facturation et les enquêtes sur les expériences des dispensateurs de soins et des patients, une évaluation sera réalisée par un institut de recherche indépendant, sous la coordination du KCE, qui permettra d'évaluer le nouveau modèle d'organisation et de financement, de l'ajuster si nécessaire et en tenant compte des résultats de l'évaluation prévue, de l'ancrer structurellement dans l'assurance obligatoire soins de santé.

Article 1^{er}. Définitions

Dans la présente convention, les concepts ci-dessous s'entendent comme suit :

Pratique de médecine générale	Une pratique de médecine générale qui adhère à la présente convention et qui répond aux conditions fixées dans cette convention.
Médecin généraliste	Le médecin agréé en tant que tel par le ministre de la Santé publique aux conditions fixées par ce dernier, enregistré sous les codes de compétences -003 ou -004, et enregistré en tant que membre d'une pratique de médecine générale qui adhère à la présente convention.
Relation de traitement fixe	Un engagement entre un médecin généraliste d'une pratique de médecine générale et un patient pour lequel le médecin généraliste joue le rôle de premier point de contact pour tous les problèmes médicaux et questions de santé du patient et, en tant que médecin fixe, informe, oriente, accompagne et traite le patient dans le cadre de ces questions et problèmes de santé. Ce médecin est le gestionnaire du dossier médical du patient tel que décrit à l'article 3, § 3.
Financement par capitation pondérée	Une rémunération perçue à une fréquence fixe par une pratique de médecine générale par patient ayant une relation de traitement fixe, modulée selon l'âge du patient et le statut d'intervention majorée. Cette rémunération comprend la participation à la coordination des soins et tous les contacts non directs avec les patients comme le tri et les avis, les consultations par téléphone, la participation à la concertation en matière de soins et l'administration médicale et ainsi que les contacts délégués directs et non directs avec les patients, tels que la gestion de la population, le suivi préventif et le suivi protocolisé des patients souffrant de maladies chroniques stables.
Délégation de tâches	L'attribution de tâches ou la délégation de certains éléments de celles-ci, en fonction de la situation, à un tiers, qui les exécute sous le contrôle et sous la responsabilité du médecin généraliste.
Collaborateur d'accueil	Une personne qui travaille sous contrat fixe pour une pratique de médecine générale et qui peut assumer des tâches en matière d'accueil des patients, de mise à disposition d'informations, d'administration, de secrétariat, d'organisation d'agendas et de logistique de la pratique de médecine générale.
Infirmier de pratique	Un praticien disposant d'un visa de praticien de l'art infirmier, délivré par le SPF Santé publique, qui travaille sous contrat fixe pour une pratique de médecine générale et qui peut assumer des tâches telles que des actes infirmiers simples et complexes, peut assurer une fonction de tri pour orienter les patients vers le dispensateur de soins le plus approprié, veiller à un suivi partagé et protocolé des patients atteints de pathologies chroniques stables, organiser une coordination des soins et organiser des campagnes de prévention au sein de la pratique de médecine générale.
Accord de collaboration fixe	Une collaboration fixe entre une pratique de médecine générale et des personnes qui assument certaines tâches au sein de cette pratique de médecine générale, où ces accords sont fixés par écrit. Ces accords concernent notamment la répartition des tâches, les heures de travail au sein de la pratique et la rémunération pour l'exercice de ces fonctions. Un accord de coopération fixe peut être établi via des personnes qui travaillent en tant que salariés de la pratique de médecine générale, par le biais d'une collaboration avec des personnes ayant un statut de travailleur indépendant ou par le biais d'une collaboration avec des organisations qui emploient des salariés.
Gestion de pratique	L'ensemble des tâches liées à la gestion de la pratique pour une pratique de médecine générale : organisation de réunions de coordination, gestion du personnel et des accords de collaboration, gestion et logistique du bâtiment, implémentation de programmes de soins, établissement d'accords de coopération avec des partenaires dans le cadre de la première et deuxième lignes, etc.
Nomenclature	Annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Article 2. Adhésion à la convention

§ 1. Méthode de candidature

Les pratiques de médecine générale répondant aux conditions d'adhésion décrites au § 2 et souhaitant adhérer à la convention peuvent se porter candidates au Service de Soins de Santé de l'INAMI, conformément à la procédure, qui sera publiée sur le site web de l'INAMI.

Lors de la candidature, les données administratives de la pratique sont collectées : Nom et adresse(s) de la pratique de médecine générale, nombre de médecins, forme de collaboration, identification des médecins (nom, numéro INAMI), personne de contact administrative et coordonnées (téléphone, adresse e-mail).

La candidature est signée par chaque médecin de la pratique.

§ 2. Conditions d'adhésion

La pratique de médecine générale adhérente est gérée par un ou plusieurs médecins généralistes travaillant sous le même toit ou structurés en réseau, avec une base commune de patients, et utilisant des outils d'intégration tels que les dossiers patients électroniques partagés, la coordination des soins et les réunions de coordination.

Si la pratique de médecine générale est composée de plus d'un médecin généraliste, la pratique doit être enregistrée en tant que groupement via ProSanté.be.¹

Tous les médecins généralistes de la pratique doivent être agréés au moment de la candidature et doivent respecter l'obligation de formation continue pendant la durée de la convention tel que prévu à l'article 122octies/4 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.²

§ 3. Nombre de pratiques participantes pendant la phase de démarrage

Le nombre de pratiques participantes est limité pendant la phase de démarrage en fonction du budget disponible.

La procédure et les modalités de candidature sont publiées via le site web de l'INAMI.

Si le nombre de candidatures excède le nombre de places disponibles, le deuxième contractant peut effectuer une sélection sur la base des critères suivants, dans cet ordre successif :

1. La distribution géographique sur les provinces des candidats, pondérée selon le nombre d'habitants par province.
2. Selon le degré d'urbanisation : au moins 25 % des pratiques de médecine générale sont situées dans une ville (zone densément peuplée, dont au moins 50 % vivent dans des centres urbains)³. Au moins 25 % sont situés en dehors d'une ville.
3. La plus faible densité de médecins généralistes pour la commune de pratique.

Lorsque dans le futur des pratiques de médecine générale supplémentaires pourront se porter candidates à adhérer à la convention, celles qui n'avaient pas été sélectionnées seront averties par l'INAMI et seront les premières à obtenir la possibilité d'adhérer.

¹ <https://www.riziv.fgov.be/fr/professionnels/sante/medecins/metier/Pages/enregistrer-regroupement-medecine-generale.aspx>

² <http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/1996/07/03/1996022344/justel>

³ Selon les dernières données disponibles d'Eurostat basées sur les NUTS et DEGURBA

Article 3. Engagements du premier contractant

§ 1. Paquet de soins

La pratique de médecine générale offre un paquet de soins de base se composant du tri, du rôle de point de contact pour tous les problèmes médicaux et questions de santé en matière de soins médicaux généralistes, de la prévention, des soins urgents de première ligne, de suivi des affections chroniques et des soins palliatifs. Dans ce cadre, elle assume des tâches en matière d'information, d'accompagnement, d'orientation et de traitement médical des patients, en tenant compte d'aspects sociaux et psychologiques et de sa place dans le paysage des soins.

Le paquet de soins de base peut être complété par d'autres services spécifiques, en fonction des besoins de la population, des dispensateurs de soins disponibles, de leurs centres d'intérêt et compétences.

La pratique s'engage à assurer une pratique qualitative, dispensant notamment aussi des soins préventifs et proactifs (aux niveaux individuel et collectif).

§ 2. Délégation de tâches

Le paquet de soins décrit au § 1^{er} peut être pris en charge par les différents collaborateurs de la pratique de médecine générale, y compris les praticiens de l'art infirmier. Si un praticien de l'art infirmier exerce dans la pratique, il est fait appel à des outils d'intégration comme la coordination à intervalles réguliers sur la casuistique et la méthodologie du travail intégré, ainsi que l'utilisation des protocoles de processus de soins partagés.

La délégation des tâches de médecins aux praticiens de l'art infirmier est exécutée conformément à la Loi relative à l'exercice des professions des soins de santé⁴ ; l'arrêté royal du 18 juin 1990 portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre ; et la Loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé.⁵

La pratique de médecine générale fournit à la population une communication concernant l'offre de soins et la répartition des rôles des différents dispensateurs de soins et collaborateurs de soutien.

Les médecins généralistes font inclure le travail avec un infirmier de pratique dans leur assurance responsabilité professionnelle.

§ 3. Disponibilité et accessibilité

La pratique de médecine générale :

- a) définit la zone géographique au sein de laquelle elle opère et communique cette information à la population ;
- b) aligne les heures d'ouverture de la pratique de médecine générale sur celles du service de garde et communique ces horaires à la population ;
- c) assure une accessibilité téléphonique pendant ces heures d'ouverture ;
- d) assure la continuité des soins, conformément aux dispositions de la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, coordonnée le 10 mai 2015.
- e) prévoit chaque jour une offre suffisante en matière de consultations pour soins planifiables et non planifiables, de consultations par téléphone et de visites à domicile.

⁴ <http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/loi/2015/05/10/2015A24141/justel>

⁵ <http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/loi/2017/05/07/2017012146/justel>

§ 4. Relation de traitement fixe et gestion du dossier médical

Une relation de traitement fixe est mise en place à la demande du patient ou de son mandataire dûment identifié ; cette demande figure dans le dossier du patient. La pratique de médecine générale enregistre tous les patients ayant une relation de traitement fixe via les instructions de facturation qui sont publiés sur le site web de l'INAMI.

Les patients dont le dossier médical global est géré par l'un des médecins de la pratique qui passe vers le New Deal ou les patients inscrits dans une maison médicale avec financement forfaitaire qui passe vers le New Deal sont considérés dès le lancement de la nouvelle forme de financement comme des patients ayant une relation de traitement fixe. Si le Dossier Médical Global n'est plus géré par l'un des médecins généralistes de la pratique générale ou si le patient est désinscrit, la relation de traitement fixe prendra fin.

Aucune relation de traitement fixe ne peut être conclue avec un médecin généraliste en formation.

Le médecin avec le quel une relation de traitement fixe est conclue est le gestionnaire du dossier médical du patient.

Le médecin généraliste utilise un logiciel agréé pour la gestion du dossier médical.⁶

Si un infirmier de pratique est actif dans la pratique, tous les contacts avec les patients sont notés dans le dossier médical, avec indication de l'heure du contact et du nom du praticien de l'art infirmier.

§ 5. Facturation des prestations

Les prestations délivrées sont facturés par voie électronique aux organismes assureurs, de la manière décrite à l'article 5 et conformément aux instructions de facturation publiées sur le site web de l'INAMI.

§ 6. Facturation de suppléments

Aucun supplément ne peut être facturé aux honoraires prévus à l'article 5, § 1.

L'attestation de suppléments d'honoraires pour des consultations ou visites, telle que prévu à l'article 5, § 2 et § 3, ne peut se faire que lorsque les conditions suivantes sont remplies :

- a) Tous les médecins généralistes de la pratique n'ont pas adhéré, ou ont adhéré partiellement, à la convention médico-mutualiste, et ont notifié leur refus ou leur adhésion partielle en temps requis via le module ProSanté.
- b) L'attestation de suppléments a été communiquée au moment de la candidature et de l'enregistrement du démarrage de la convention.
- c) Tous les médecins appliquent les mêmes tarifs. Les tarifs appliqués sont affichés dans la salle d'attente.
- d) Les suppléments sont obligatoirement facturés de manière électronique, comme stipulé dans l'arrêté royal de 28 juin 2023 portant exécution de l'article 53, § 1er, alinéas 1er, 3 et 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

⁶ <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/medecins/aide/pratique-integree/Pages/explications-prime-pratique-integree.aspx>

§ 7. Changement de composition

Un nouveau médecin ne peut rejoindre une pratique de médecine générale que le premier jour d'un trimestre. Un médecin qui quitte une pratique ne peut le faire que le dernier jour du trimestre.

Seul un médecin accrédité peut rejoindre la composition de la pratique.

Lorsque des modifications surviennent dans la composition de la pratique de médecine générale, un changement de groupement est transmis par l'application ProSanté, au plus tard le dernier jour du deuxième mois civil précédant le premier jour d'un trimestre au cours duquel un changement de composition a lieu.

§ 8. Médecins remplaçants

Une pratique de médecine générale peut temporairement faire appel à un médecin remplaçant. S'il n'est pas enregistré comme membre du groupement, les codes usuels de nomenclature de l'article 2 de la nomenclature seront facturés pour tous les patients.

Lorsque le médecin remplaçant a accès aux données du Dossier Médical Global, la part personnelle réduite est d'application lorsque la lettre G et le numéro INAMI du titulaire du DMG sont mentionnés dans la facturation, conformément aux dispositions de l'article 3, alinéas 4 et 5 de l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires de certaines prestations

Si le médecin remplaçant est inscrit dans le groupement, il est considéré comme un membre permanent de la pratique de médecine générale et toutes les modalités de la présente convention s'appliquent à partir du premier jour du trimestre suivant, à condition que le changement soit communiqué à temps comme décrit au § 7, troisième alinéa. Pendant la période entre le début de la collaboration avec le médecin remplaçant et le premier jour du trimestre au cours duquel les modalités de la présente convention s'appliquent, les codes habituels de la nomenclature de l'article 2 de la nomenclature sont facturés pour tous les patients, le deuxième alinéa s'appliquant également.

Article 4. Engagements du deuxième contractant

Le deuxième contractant :

1. veille au développement d'une application numérique pour le suivi administratif de la présente convention;
2. organise un Comité d'accompagnement, tel que visé à l'article 8 ;
3. prévoit les moyens financiers nécessaires pour la rémunération des pratiques de médecine générale participantes, comme prévu dans la présente convention ;

Article 5. Intervention financière de l'INAMI et facturation

§ 1. Financement par capitation pondérée

Les patients dont le dossier médical global est géré par l'un des médecins de la pratique de médecine générale sont considérés comme des patients ayant une relation de traitement fixe. Si une maison médicale avec financement forfaitaire passe au nouveau modèle de financement mixte, tous les patients actuellement inscrits légalement sont considérés comme des patients ayant une relation de traitement fixe.

Les prestations pour la gestion du Dossier Médical Global peuvent être attestées par les médecins généralistes de la pratique de médecine générale. Au-delà, une intervention annuelle pour le financement par capitation pondérée est déterminée en fonction de l'âge du patient et du statut d'intervention majorée (IM). Le patient ne paie aucune quote-part personnelle et aucun supplément ne peut être facturé pour ces prestations.

Pseudo-code	Description	Honoraires annuels (en EUR)	Montant par trimestre (en EUR)
	Financement par capitation pondérée par bénéficiaire selon l'âge		
107273	jusqu'à 25 ans sans statut d'intervention majorée	50,60	12,65
107295	jusqu'à 25 ans avec statut d'intervention majorée	83,95	20,99
107310	à partir de 25 ans jusqu'à 60 ans sans statut d'intervention majorée	66,38	16,60
107332	à partir de 25 ans jusqu'à 60 ans avec statut d'intervention majorée	130,40	32,60
107354	à partir de 60 ans jusqu'à 75 ans sans statut d'intervention majorée	76,42	19,11
107376	à partir de 60 ans jusqu'à 75 ans avec statut d'intervention majorée	148,75	37,19
107391	à partir de 75 ans sans statut d'intervention majorée	101,29	25,32
107413	à partir de 75 ans avec statut d'intervention majorée	202,41	50,60

La prestation pour le financement par capitation pondérée est accordée par trimestre pour les patients qui, au dernier jour du trimestre précédent, ont une relation de traitement fixe avec l'un des médecins de la pratique.

Les honoraires comprennent tous les avis (au sein de la pratique de médecine générale, par téléphone, e-mail, chat, ...), le tri, les programmes de soins proactifs et préventifs (p. ex. invitation à la vaccination contre la grippe et administration lors de campagnes organisées de vaccination collective), les honoraires de permanence, les consultations par téléphone.

Les engagements stipulés à l'article 3, S 1, § 3 et § 4, sont une condition de rémunération pour le financement par capitation pondérée.

L'indemnité est payée à la pratique de médecine générale.

§ 2. Financement à l'acte pour les patients avec relation de traitement fixe

Le médecin généraliste facture les prestations délivrées par voie électronique aux organismes assureurs pour les patients ayant une relation de traitement fixe (eFac).

Pour chaque prestation, une prestation de référence de la nomenclature est indiquée, avec la même description mais un honoraire diminué par rapport à la prestation de référence.

Code	Prestation de référence	Description	Honoraires (en EUR)	PP – IM* (en EUR)	PP - non IM* (en EUR)
107435	101076	Consultation au cabinet par un médecin généraliste accrédité	15,96	1	4
107450	103095	Supplément pour une consultation ou une visite inhabituelle du médecin généraliste	17,91	0	0
107472	101673	Vidéo-consultation par un médecin généraliste	14,28	1	4
107494	103132	Visite à domicile par le médecin généraliste	27,98	2	8
107516	103412	Visite à l'occasion d'un même déplacement pour deux bénéficiaires	22,38	2	8
107531	103434	Visite à l'occasion d'un même déplacement pour plus de deux bénéficiaires	20,98	2	8
107553	106610	Visite par un médecin généraliste chez un bénéficiaire résidant dans un centre d'hébergement et de soins ou dans une maison de repos, par bénéficiaire	27,98	2	8

(*PP = part personnelle, IM = intervention majorée)

Les règles d'application, règles de cumul et conditions de remboursement en vigueur pour les prestations de référence dans la nomenclature s'appliquent également aux prestations qui sont prévues dans le cadre de la présente convention.

Une part personnelle est d'application, comme indiqué dans le tableau ci-dessus.

Il n'y a pas de part personnelle pour les prestations 107494, 107516, 107531 et 107553 pour les bénéficiaires qui remplissent les conditions de l'arrêté royal du 16 février 2009 modifiant l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires de certaines prestations. Pour les patients ayant une relation de traitement fixe, les prestations de référence de la nomenclature ne peuvent pas être attestées. Les suppléments de permanence pour consultations effectuées entre 18 h et 21 h (prestation 101113) ne peuvent pas être portées en compte.

Le maître de stage tarifie les actes réalisés avec le médecin en formation pour les patients ayant une relation thérapeutique fixe.

Quand le maître de stage n'est pas physiquement présent, le médecin en formation facture au nom du maître de stage, à condition que :

- soit le maître de stage soit disponible à tout moment par téléphone;
- soit le maître de stage ait délégué la surveillance du médecin en formation à un autre médecin généraliste

§ 3. Financement à la prestation pour les patients sans relation de traitement fixe

Dans le cas des patients sans relation de traitement fixe, le médecin généraliste facture les prestations de référence de l'article 2 de la nomenclature.

Par année civile, la part du nombre des prestations pour consultations, vidéo-consultations et visites pour des patients sans relation de traitement fixe, qui sont attestées en dehors du service de garde organisé, peut atteindre au maximum 25 % du total du nombre des prestations pour consultations, vidéo-consultations et visites attestées par le médecin généraliste en dehors du service de garde organisé.

§ 4. Suppléments de disponibilité et prestations pendant le service de garde organisé

Pendant le service de garde organisé, les prestations pour les consultations et visites prévues dans la nomenclature sont facturées, y compris pour les patients ayant une relation thérapeutique fixe.

Les prestations 102410, 102432, 102454, 102476, 104215, 104230, 104252, 104296, 104311, 104333, 106632, 106654 et 106676 peuvent être attestées pour les consultations et visites demandées et effectuées aux jours et heures indiqués et lorsque l'état du patient lors de ces jours et heures nécessite des soins urgents qui ne peuvent pas être reportés. Ces prestations ne peuvent pas être attestées lorsque le médecin, pour des raisons personnelles, organise une consultation publique, reçoit sur rendez-vous ou rend visite aux jours et heures indiqués ci-dessus ; il en est de même lorsque ces prestations sont effectuées pendant les mêmes périodes en raison d'une demande particulière du patient.

§ 5. Prestations techniques

Qu'il s'agisse de patients (avec ou sans relation de traitement fixe), des prestations techniques (par exemple : ECG, spirométrie, suture de plaie, etc.) peuvent être attestées au moyen des prestations habituelles de la nomenclature accessibles aux médecins généralistes.

§ 6. Trajets de soins, participation à la concertation multidisciplinaire et prestations dans le cadre de l'hospitalisation à domicile

Les médecins généralistes peuvent prétendre aux honoraires pour les trajets de soins diabète de type 2 et insuffisance rénale chronique, conformément aux conditions générales en vigueur⁷.

La prestation 350416 (Participation à la concertation oncologique multidisciplinaire par un médecin qui n'est pas membre de l'équipe de médecins hospitaliers) de l'article 11 de la nomenclature peut être attesté par les médecins généralistes.

Les prestations prévues pour les médecins généralistes dans la convention pour une approche de soins adaptée de la Covid-19 long peuvent être facturées par les médecins généralistes.

Les prestations prévues pour l'hospitalisation à domicile peuvent être facturées par les médecins généralistes.

7

§ 7. Prime de pratique intégrée

Les médecins généralistes d'une pratique de médecine générale avec financement mixte entrent en considération pour la prime de pratique intégrée⁸, conformément aux conditions prévues dans l'arrêté royal du 30 juin 2017 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde une intervention financière aux médecins pour l'utilisation de la télémédecine et pour la gestion électronique des dossiers médicaux.

⁸ <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/medecins/aide/pratique-integree/Pages/default.aspx>

§ 8. Prime pour l'infirmier de pratique

Lorsqu'au moins un praticien de l'art infirmier est au service de la pratique de médecine générale et que celle-ci compte plus de 1 000 patients ayant une relation de traitement fixe, la pratique de médecine générale peut prétendre à une prime.

Cet accord de collaboration fixe est établi par écrit et prévoit des accords sur l'ensemble des tâches et le calendrier hebdomadaire de présence du praticien de l'art infirmier. L'ensemble des tâches comprend au moins :

1. Le suivi proactif de patients atteints d'affections chroniques ;
2. L'élaboration et l'exécution proactives de programmes de prévention ;
3. Le soutien au médecin généraliste dans la prise en charge de problèmes aigus ;
4. La coordination des soins pour les patients présentant des problèmes complexes ;
5. L'élaboration de recommandations de bonne pratique ;
6. L'élaboration de l'évaluation de rapports de qualité et de programmes d'amélioration.

Les tâches à accomplir sont celles qui contribuent à la prise en charge médicale des patients de la pratique de médecine générale. Les tâches purement administratives, la fonction d'accueil et la gestion de la pratique ne sont pas couvertes par la prime pour l'infirmier de pratique.

Le montant de la prime s'élève à 18 747 EUR par année civile pour la première tranche de 1 000 patients avec une relation de traitement fixe et peut être accordé si un praticien de l'art infirmier est actif dans la pratique de médecine générale pendant au moins 12 heures par semaine.

Par tranche de 500 patients supplémentaires ayant une relation de traitement fixe, une rémunération de 9 373,5 EUR est prévue, qui peut être accordée si un praticien de l'art infirmier est présent 6 heures de plus par semaine dans la pratique de médecine générale pour effectuer les tâches prévues dans le cadre de la présente convention.

La prime peut s'élever au maximum à 187 470 EUR par an, par pratique.

En résumé :

Nombre de patients ayant une relation de traitement fixe	Nombre minimum d'heures par semaine pour l'infirmier de pratique	Prime sur une base annuelle (en EUR)	Prime par trimestre (en EUR)
1.000	12	18.747,00	4.686,75
1.500	18	28.120,50	7.030,13
2.000	24	37.494,00	9.373,50
2.500	30	46.867,50	11.716,88
3.000	36	56.241,00	14.060,25
3.500	42	65.614,50	16.403,63
4.000	48	74.988,00	18.747,00
4.500	54	84.361,50	21.090,38
5.000	60	93.735,00	23.433,75
5.500	66	103.108,50	25.777,13
6.000	72	112.482,00	28.120,50
6.500	78	121.855,50	30.463,88
7.000	84	131.229,00	32.807,25
7.500	90	140.602,50	35.150,63
8.000	96	149.976,00	37.494,00
8.500	102	159.349,50	39.837,38
9.000	108	168.723,00	42.180,75
9.500	114	178.096,50	44.524,13
10.000	120	187.470,00	46.867,50

La prime est établie par trimestre et versée sur le compte de la pratique de médecine générale.

La prime est demandée par la pratique de médecine générale. Les pièces justificatives suivantes seront demandés :

- Les accords écrits sur l'accord de collaboration fixe, y compris les noms des praticiens de l'art infirmier et le calendrier de travail par semaine dans la pratique de médecine générale.
- Une déclaration du praticien de l'art infirmier déclarant d'autres activités professionnelles et une notification sur l'interdiction d'attester des numéros de nomenclature pendant les heures de travail (voir article 6, § 1).

Les justificatifs sont conservés pendant 4 ans par la pratique de médecine générale et tenus à la disposition des services de contrôle.

Toute modification dans l'accord de collaboration fixe avec un praticien de l'art infirmier doit être notifiée dans le délai d'un mois via l'application numérique mise à disposition.

§ 9. Prime de gestion de la pratique

Un financement pour la gestion de la pratique est prévu en fonction du nombre de médecins enregistrés dans le groupement, du nombre de personnes employées par la pratique générale et du nombre de patients avec une relation de traitement fixe.

Si les conditions suivantes sont remplies, une prime de 1 794 EUR par trimestre sera accordée :

- au moins deux médecins généralistes agréés sont enregistrés dans le groupement de la pratique
- il y a au moins un profil de soutien à la pratique employé par la pratique
- la pratique compte au moins 1 000 patients ayant une relation de traitement fixe.

Si les conditions suivantes sont remplies, une prime de 2 392 EUR par trimestre sera accordée :

- au moins trois médecins généralistes agréés sont enregistrés dans le groupement de la pratique
- il y a au moins un profil de soutien à la pratique employé par la pratique
- la pratique compte au moins 1 500 patients ayant une relation de traitement fixe.

Si les conditions suivantes sont remplies, une prime de 3 588 EUR par trimestre sera accordée :

- au moins quatre médecins généralistes agréés sont enregistrés dans le groupement de la pratique
- il y a au moins deux profils de soutien à la pratique employés par la pratique
- la pratique compte au moins 2 000 patients ayant une relation de traitement fixe.

Nombre minimal de médecins	Nombre minimal de salariés	Nombre minimal de patients avec une relation de traitement fixe	Montant par trimestre (en EUR)
2	1	1.000	1 794
3	1	1.500	2 392
4	2	2.000	3 588

La prime est versée trimestriellement à la pratique de médecine générale.

Cette rémunération est prévue pour toutes les tâches liées à la gestion de la pratique : organisation de réunions de coordination, gestion du personnel et des accords de collaboration, gestion et logistique du bâtiment, implémentation de programmes de soins, développement et mise en œuvre de protocoles de soins, établissement d'accords de coopération avec des partenaires dans le cadre de la première et deuxième lignes, etc.

La pratique du médecin généraliste enregistre en interne le nombre d'heures consacrées à la gestion de la pratique, les personnes qui assument ces tâches, et tient un registre des réunions de coordination.

§ 10. Prime DMG débutant

Le médecin généraliste débutant qui adhère cette convention, reçoit une fois une prime DMG débutant d'un montant de 4 256 EUR pour la gestion électronique des dossiers médicaux, en plus du montant de la prime de pratique intégrée qu'il reçoit à sa demande, l'année où il reçoit son numéro INAMI réservé au médecin généraliste.

Article 6. Dispositions générales

§ 1. Prestations effectuées par le praticien de l'art infirmier

Les tâches accomplies pendant les heures de travail en tant qu'infirmier de pratique par le praticien de l'art infirmier ayant un accord de collaboration fixe avec la pratique de médecine générale, tel que visé à l'article 5, § 8, ne peuvent pas être attestées via les prestations visées à l'article 8 de la nomenclature.

§ 2. Indexation

Les montants des honoraires pour la capitation pondérée (article 5, § 1) sont indexés au 1^{er} janvier de chaque année de la même valeur que les honoraires pour la gestion du GMD (prestation 102771).

Les montants des honoraires pour les prestations de consultations et visites pour les patients ayant une relation thérapeutique établie (article 5, § 2) sont indexés au 1^{er} janvier de chaque année de la même valeur que les prestations de référence 101076, 101673, 103132, 103412, 103434, 103095 et 106610, en tenant compte du glissement budgétaire du financement à l'acte vers le financement à la capitation.

Les primes pour l'infirmier de pratique et le gestion de la pratique, visées à l'article 5, § 8 et § 9, sont adaptées chaque année au 1^{er} janvier sur la base de l'évolution, entre le 30 juin de l'avant-dernière année et le 30 juin de l'année précédente, de la valeur de l'indice santé visé à l'article 1^{er} de l'arrêté royal du 8 décembre 1997 fixant les modalités d'application pour l'indexation des prestations dans le régime de l'assurance obligatoire soins de santé.

§ 3. Patients non assurés

Les prestations prévues dans la présente convention peuvent uniquement être portées en compte pour des bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé.

§ 4. Inspection et contrôle

Chaque année, une fraction déterminée des pratiques de médecine générale est soumise à une inspection sur les conditions fixées dans la présente convention. La pratique de médecine générale tient les justificatifs à la disposition des services de contrôle des organismes d'assurance, du Service du contrôle administratif et du Service d'évaluation et de contrôle médicaux.

§ 5. Nouvelles prestations

Si, pendant la durée de la présente convention, certaines nouvelles prestations accessibles aux médecins généralistes sont prévues, ou s'il y a une revalorisation des consultations ou des honoraires pour la gestion du dossier médical global, le Comité de l'assurance peut déterminer si elles peuvent également être facturées par les médecins qui ont adhéré à la présente convention et si la revalorisation peut être appliquée aux prestations pour la capitation pondérée et le financement à l'acte dans le cadre de la présente convention.

Article 7. Évaluation

La présente convention prévoit un nouveau modèle d'organisation et de financement durable pour la médecine générale en Belgique, visant à répondre aux besoins constatés et à respecter les principes du Quintuple Aim : améliorer la qualité des soins, la santé de la population, l'efficacité en termes de coûts, l'équité et l'accessibilité des soins, et le bien-être des professionnels de la santé.

Le deuxième contractant chargera un institut de recherche externe de l'évaluation du nouveau système, éventuellement sous la coordination du KCE. Cette évaluation qualitative et quantitative comportera minimum les éléments suivants :

- 1) Une description de l'offre de soins, des profils actifs et de l'organisation interne dans les pratiques avec financement mixte (nombre de médecins généralistes par pratique, âge, lien de collaboration, autres dispensateurs de soins et profils de soutien au sein de la pratique, le temps de travail moyen par ETP, offre de programmes de soins préventifs et proactifs, etc.) ;
- 2) Une comparaison du nombre moyen de patients par médecin généraliste (pratique de médecine générale), de l'accessibilité (y compris l'attestation de suppléments) et de la disponibilité pour de nouveaux patients pour les différents systèmes de financement ;
- 3) Le nombre de consultations et de visites par patient et par catégorie d'âge, pour les différents systèmes de financement et les dépenses correspondantes pour l'assurance maladie ;
- 4) La satisfaction des dispensateurs de soins sur le nouveau système de financement mixte en termes de contenu de la fonction, de charge administrative, de rémunération, etc. ;
- 5) Une description de la délégation de tâches à des praticiens de l'art infirmier qui s'effectue dans les pratiques avec système de financement mixte ;
- 6) Une description des processus de qualité dans les pratiques avec système de financement mixte.
- 7) L'effet de la facturation de suppléments sur les revenus et la mesure dans laquelle le conventionnement est encouragé ou non.

Ces questions d'étude peuvent être complétées par le Comité d'accompagnement de ce projet pilote, tel que visé à l'article 8.

Le premier contractant s'engage à apporter son concours à cette évaluation et, si nécessaire, à fournir des données à la demande de l'institut de recherche chargé de l'évaluation de la présente convention.

Les paramètres de qualité peuvent être contrôlés pendant la durée du projet. Ils seront basés sur les indicateurs établis par le Conseil national pour la promotion de la qualité (CNPQ).

Article 8. Suivi de la convention

Un Comité d'accompagnement est chargé du suivi de l'exécution de la convention.

Il est composé comme suit :

- 1 médecin généraliste de chaque syndicat des médecins (3)
- 3 représentants des utilisateurs du nouveau système de pratiques de médecine générale qui ont signé la présente convention (3)
- 3 représentants des cercles de médecins généralistes (associations couples Flandre, Bruxelles et Wallonie) (3)
- 1 représentant de l'Union Générale des Infirmiers de Belgique (AUVB-UGIB-AKVB) (1)
- 1 représentant par organisme assureur (7)
- 1 représentant du KCE (1)
- Éventuellement une représentation de l'institut (ou des instituts) de recherche chargé(s) de l'évaluation du projet
- 1 représentant du SPF Santé publique (1)
- 1 représentant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux (1)
- Des représentants du Service de soins de santé de l'INAMI, impliqués dans l'organisation et l'accompagnement du projet.

Un appel à candidatures est lancé par le Service des soins de santé au début de la convention. Sur la base des candidatures, le service des soins de santé établit la liste des membres en fonction de la répartition susmentionnée. Chaque membre peut désigner un suppléant. En cas de litige, le Comité de l'assurance décide de la composition.

Le Comité d'accompagnement est convoqué au moins une fois par an par le président (INAMI) et peut également être convoqué si des problèmes sont signalés et doivent être discutés au sein de ce Comité d'accompagnement.

Article 9. Durée de la convention

La présente convention entre en vigueur le 01/04/2024 et a une durée de 3 ans.

Article 10. Modalités de dénonciation

La convention est dénoncée par lettre recommandée adressée à l'autre contractant.

En cas de dénonciation par l'un des contractants, la convention prend fin le premier jour du deuxième trimestre suivant celui où la notification a eu lieu.

Article 11. Responsabilité

Sans préjudice de dispositions légales contraignantes contraires, l'INAMI est uniquement responsable des dommages causés par suite du non-respect de ses engagements, si et pour autant que ces dommages résultent de sa faute intentionnelle ou lourde ou d'un dol. L'INAMI n'est pas responsable d'autres fautes.

Article 12. Compétence en cas de litige

Les contractants s'efforcent d'abord de résoudre tout litige découlant de ou lié à la présente convention à l'amiable par des négociations et une concertation. Pour tout litige relatif à la présente convention, les tribunaux de Bruxelles sont seuls compétents et seul le droit belge est d'application.

Article 13. Dispositions finales

La présente convention constitue l'intégralité de l'accord entre les parties relativement à son objet et remplace toutes conventions, déclarations, garanties, relations et tous accords antérieurs éventuels, tant par écrit qu'oralement, entre les parties relativement à son objet.

Aucune modification de la présente convention n'est valable, à moins d'être apportée par écrit et avec le consentement des parties.

Si une des dispositions de la présente convention est considérée nulle ou non applicable, les parties conviennent à cet égard que ceci n'entraînera pas la nullité ou la non-applicabilité des autres dispositions de la présente convention mais qu'elles mettront tout en œuvre pour remplacer ladite disposition par une disposition valable et applicable qui poursuivra, dans la mesure du possible, l'objectif économique, administratif ou autre visé par la disposition nulle ou non applicable.

Fait en deux exemplaires à Bruxelles, le

... , représentant de ... , le premier contractant,

Mickaël Daubie, Directeur général du Service des soins de santé de l'INAMI,