

# Le Médecin Spécialiste

**Organe du Groupement  
des Unions  
Professionnelles Belges  
de Médecins Spécialistes**

Editeur responsable : Dr M. MOENS  
Secr. de rédaction : J. V. d. Nieuwenhof  
Avenue de la Couronne 20 - 1050  
Bruxelles  
Tél. 02-649.21.47 - Fax : 02-649.26.90  
E-mail : info@GBS-VBS.org

**ISSN 0770-8181- MENSUEL**  
N° Spécial / janvier 2003  
Bureau de dépôt : Bruxelles 5

## ACCORD NATIONAL MÉDICO-MUTUALISTE 2003

L'accord national médico-mutualiste 2003 adopté par la Commission nationale médico-mutualiste du 19 décembre 2002 est publié au Moniteur belge du 20 janvier 2003.

Les médecins ont jusqu'au 19 février 2003 pour signifier à l'INAMI, par lettre recommandée, leur refus d'adhésion ou leur adhésion partielle à l'accord.

Vous pouvez obtenir une lettre type de refus d'adhésion ou d'adhésion partielle à l'accord sur notre website <http://www.gbs-vbs.org>. Cette lettre type peut également être demandée par téléphone au secrétariat au 02/649.21.47.

## TIERS-PAYANT : LA COUPE DEBORDE !

Vous trouvez ci-après un survol de la réglementation très complexe relative au tiers-payant (TP). Vu la façon dont cette réglementation est appliquée par le Collège Intermutualiste national (CIN) et certains organismes assureurs (OA), il serait judicieux d'utiliser ce régime le moins souvent possible.

Il y a près de trois mois, le CIN adressait une lettre recommandée à un certain nombre de médecins spécialistes qui avaient notifié leur refus d'adhésion à l'accord mutualiste précédent dès le 1<sup>er</sup> janvier 2002 : "*Docteur, renvoyez-nous dans les 15 jours votre engagement de respecter les tarifs INAMI pour les prestations couvertes par le tiers payant dans les mêmes conditions des médecins engagés ; à défaut, les OA pourront décider de mettre fin à l'octroi du tiers-payant*". Pour cela, le CIN faisait référence à l'article 4bis, § 4-1° de l'A.R. du 10.10.1986 (voir note ci-annexée).

La menace n'a pas été adressée à tous, les médecins destinataires étant apparemment sélectionnés sur base de critères particuliers. Les maillons faibles, peut-être ? Il s'agissait en fait de médecins anciennement conventionnés ayant eu un jour, in tempore non suspecto, la faiblesse de signer un contrat-type avec le CIN . Bon nombre de ces contrats datent de 1993. Leur particularité ? L'ampleur des conditions et des motifs de résiliation et de sanction ... qui constituent plus de la moitié du texte. Avec ces menaces, que veut donc démontrer le CIN ? Que les praticiens qui, durant la décennie écoulée, ont adhéré aux tarifs sociaux auraient mieux fait de s'être déconventionnés ab initio, sachant qu'un jour ils rencontreraient sur leur parcours une politique de santé austère à l'égard des médecins spécialistes ?

Au moment de l'envoi de la lettre, on était près du terme de l'accord médico-mutualiste, un nouvel accord étant péniblement mis en chantier. Alors que ces médecins étaient déconventionnés depuis le début de l'année 2002 et qu'une disposition de l'accord, en vigueur depuis près de neuf ans, prévoyait l'ouverture du TP aux médecins non-conventionnés, envoyer une telle menace frisait l'absurde. Comme, en outre, le CIN exigeait l'engagement de respecter les tarifs INAMI, c'était une certaine forme de chantage:

- Les tarifs INAMI ne sont pas la même chose que les tarifs de la convention (selon le CIN, même les patients à exigences particulières pour lesquelles un supplément est demandé, n'ont pas droit au TP).

- En outre, les engagements exigés dépasseraient les limites de la durée d'un accord, et supprimeraient tout l'intérêt d'en conclure un.
- Et enfin, ce n'était en aucun cas la condition qui se trouvait (et se trouve encore) dans l'accord médico-mutualiste, même dans le nouvel accord du 19.12.2002.

Nous l'avons écrit au CIN , en ajoutant que l'Arrêté du 10.10.1986 relatif au TP prévoit des procédures et des délais à respecter. On nous a répondu que notre courrier serait soumis au « Collège politique ». Ensuite : silence... Nous apprenons à l'instant qu'une « black list » (quelque 200 des ex-TP-contractuels susmentionnés) a été transmise par le CIN aux OA et que certaines mutuelles (dont la FMS Liège) s'apprêteraient à les considérer comme « tiers-payant non autorisé ». Le nouvel accord a beau prévoir la recommandation de le respecter dès le 1<sup>er</sup> janvier 2003, le Collège politique du CIN, quant à lui...

Nous allons réagir avec tous les moyens judiciaires possibles et utiles pour réclamer des OA concernés la réparation des dommages éventuels qui résulteraient de leur refus intempestif de TP sur base des engagements demandés par le CIN.

La morale de l'histoire est qu'un dispensateur de soins averti devrait réfléchir plutôt dix fois avant de signer encore un contrat portant sur le tiers-payant. Et si la mutuelle l'exige comme condition sine qua non pour vous accorder le TP, mieux vaut en abandonner l'objet.

## LE REGIME "FACULTATIF" DU TIERS PAYANT (TP) : AVEC OU SANS? ET COMMENT?

### 1. En quoi consiste le TP "facultatif"?

L'A.R. du 10.10.1986 relatif au TP prévoit trois types de régime de tiers payant selon la nature des prestations : obligatoire, interdit et autorisé.

a) TP obligatoire (art. 5) : hospitalisation ou prestations y assimilées; l'intervention de l'assurance dans le coût de toutes les prestations de santé dispensées pendant une hospitalisation, les prestations de biologie clinique ambulatoire pour lesquelles les organismes assureurs peuvent retenir les montants des interventions de l'assurance dus à l'INAMI conformément à l'arrêté royal du 17 février 1995; l'intervention de l'assurance dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein.

b) TP interdit (art. 6) : consultations (chapitre II de la nomenclature), frais de déplacement, consultations et traitements préventifs en dentisterie, radiographies dentaires (excepté pour patients hospitalisés); soins conservateurs ambulatoires en dentisterie (excepté pour les bénéficiaires âgés de moins de 18 ans).

c) TP autorisé (= facultatif) (art. 4 et 4bis) : toutes les autres prestations (patients ambulatoires et prestations avec miniforfait ou forfait hôpital de jour ABCD).

### 2. le TP "facultatif" peut en fait être appliqué sur base des modalités suivantes (AR 10.10.1986):

a) – art 4:

- selon les modalités telles qu'elles sont fixées dans les accords et conventions (titre III, chapitre V de la loi coordonnée sur les soins de santé et indemnités- en abrégé: loi SSI); l'accord médico-mutualiste (19.12.2002) prévoit ce genre de disposition (cf. point 4.2. de l'accord –voir plus loin sous 3.);
- ou, à défaut, par contrat particulier entre l'organisme assureur et le prestataire de soins.

b) – art 4 bis: le TP peut par ailleurs être appliqué (en fait pour les médecins conventionnés) selon les conditions d'octroi et les règles précisées comme suit:

- Au moment de la demande ( à notifier par lettre recommandée adressée à chaque OA ou à un secrétariat commun indiqué par eux), le dispensateur doit avoir adhéré au dernier accord médico-mutualiste; pour le médecin conventionné partiellement (limitation aux conditions de temps et de lieu), le TP ne peut être appliqué que pour les prestations effectuées dans le cadre de son activité conventionnée. Dans le cadre du règlement prévu par l'art. 4 bis, le médecin non conventionné peut également appliquer le TP pour les prestations fournies dans le cadre d'un service de garde organisé.

- Le médecin (conventionné) doit appliquer le TP pour tous les bénéficiaires et pour toutes les prestations pour lesquelles ce régime est autorisé et qui sont effectuées dans le même centre d'activités.
- Durant les 3 années qui précèdent la demande, le dispensateur ne peut avoir fait l'objet d'une sanction administrative définitive de l'INAMI (Chambre restreinte, Commission d'appel) ou de l'Ordre des médecins (suspension de 15 jours au moins résultant d'une répartition illicite d'honoraires ou de surconsommation), ou une condamnation pénale définitive pour irrégularités au détriment de l'AMI. Au moment de la demande, il ne peut pas non plus faire l'objet d'une interdiction en matière d'octroi du régime du TP, prononcée par la Commission du contrôle de l'INAMI qui sanctionne les infractions à l'art 73 de la loi SSI).

*NB: les organes et sanctions INAMI susmentionnés ont été supprimés par la dernière loi-programme (loi du 18.12.2002 – MB 31.12.2002). Par conséquent, seules la suspension par l'Ordre des médecins et la condamnation pénale subsistent dans le futur.*

- Le prestataire ne peut, ni par lui-même, ni par autrui, ni directement, ni indirectement, faire de la publicité au sujet de l'application du régime du tiers-payant.

- Sauf autres modalités prévues dans l'accord, le dispensateur est tenu de délivrer au bénéficiaire, au plus tard au moment où il établit l'attestation de soins, une quittance ou note d'honoraires mentionnant le montant à charge du patient et à charge de l'organisme assureur.

- Les OA notifient leur décision concernant la demande par lettre recommandée dans les 60 jours; le TP est appliqué au plus tôt le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision (*donc au plus tôt quatre mois après la demande*).

### **3. Le TP et l'accord du 19.12.2002**

L'accord médico-mutualiste du 19 décembre dernier prévoit une disposition spécifique (point 4.2) relative au tiers-payant: *"l'accès au système du tiers-payant facultatif est ouvert à leur demande aux médecins qui n'ont pas adhéré à l'accord dans la mesure où ils notifient au collègue inter-mutualiste national qu'ils respecteront les tarifs de l'accord pour les prestations couvertes par le système du tiers-payant dans les mêmes conditions que les médecins engagés."*

Cette disposition n'est pas nouvelle. Elle figure depuis 9ans dans les accords médico-mutualistes (depuis l'accord de décembre 1993)

Le médecin qui souhaite appliquer le TP doit donc respecter les tarifs de l'accord dans les mêmes conditions que celles applicables aux médecins conventionnés. La signification précise n'est pas très claire. En effet, pour le médecin non-engagé certaines conditions sont incompatibles (ex. la première condition de l'art. 4 bis §1 de l'arrêté: avoir adhéré au dernier accord). Puisqu'il s'agit du "respect des tarifs de l'accord" (et non des tarifs INAMI), cette condition étant limitée aux "prestations couvertes par le système du tiers-payant", on peut en déduire que l'application du TP est également possible par ex. en cas d'exigences particulières du patient (nb :même si le CIM n'accepte que le tarif INAMI). En dehors des exceptions prévues dans l'accord (exigences particulières, limite de revenus), les médecins ne peuvent, juridiquement pas porter en compte de suppléments pour les prestations réglées par TP.

### **4. Comment peut-il être mis fin au TP?**

Le **dispensateur** peut à tout moment mettre un terme au TP. Cela ne pose aucun inconvénient et n'entraîne aucune sanction. Le régime spécifique de l'article 4 bis pour les médecins conventionnés prévoit une notification obligatoire par lettre recommandée, et un préavis de 3 mois qui prend cours le premier jour du mois suivant celui de l'envoi.

Pour les autres régimes décrits au point 2 ci-dessus, il n'y a pas de condition spécifique prévue, sauf les éventuelles modalités particulières formalisées dans les "contrats particuliers" visés à l'article 4. Mais là également, une certaine confusion règne puisqu'au cours des dix dernières années, certains organismes assureurs ont conclu des contrats individuels en réponse aux demandes introduites dans le cadre de l'article 4 bis, avec des conditions qui ne sont pas nécessairement les mêmes que celles prévues dans l'article 4 bis. Bref, il existe toute une gamme d'engagements et de conventions, même des conventions tacites qui n'ont jamais été formalisées par écrit. Et il est fort probable que ce dernier type est le plus répandu. Les contrats CIM pour médecins conventionnés, qui ont vu le jour en 1993, prévoient p.ex. la

cessation de plein droit (p.ex. en cas de refus d'adhésion à l'accord), mais également en cas de préavis simple (6 mois pour le CIM, 3 mois pour le praticien). Plus étonnant encore, ce contrat cesse de plein droit lorsqu'un accord (cf. ci-dessus) prévoit une disposition spécifique qui déroge des dispositions du contrat (ce qui est précisément le cas, depuis 1993, pour le refus d'adhésion à l'accord). Autrement dit, les contrats CIM ont cessé d'exister depuis l'accord du 13.12.1993.

Il ne peut être mis fin au TP par les organismes assureurs que par une "décision motivée des organismes assureurs". Il est donc exclu pour un seul organisme assureur de mettre fin au TP (sauf contrat individuel et dans la mesure de la validité de celui-ci). Les décisions, quant à elles, ne sont valides que si elles sont motivées et notifiées par les organismes assureurs au dispensateur concerné par lettre recommandée. Elles prennent effet le premier jour du deuxième mois qui suit celui de l'envoi de la lettre recommandée notifiant la décision (la décision pouvant faire l'objet d'un recours au tribunal du travail dans le mois).

Cette **mise à terme** est possible:

- lorsque le **médecin conventionné** notifie son refus d'adhésion à l'accord. A défaut de l'entrée en vigueur d'un nouvel accord, les contrats en vigueur concernant le régime du TP restent d'application sauf "renonciation collective par l'ensemble des organismes assureurs".

*Il est donc évident que la notification, il y a quelques mois, par le collège inter-mutualiste d'une menace de mettre un terme au TP, à l'adresse d'un certain nombre de médecins non conventionnés, n'était pas conforme à la réglementation. La décision motivée des organismes assureurs faisait défaut, il n'y avait pas de respect du préavis, et les "tarifs de l'accord" avaient été convertis en "tarifs INAMI", ce qui n'est pas la même chose.*

- lorsque le dispensateur encourt une sanction définitive (cf. supra – sub 2.b). Le dispensateur peut réintroduire une demande dès qu'il répond à nouveau aux conditions d'octroi.

## 5. Et le "retrait" du TP?

Le TP peut cependant également être **suspendu** (ou "retiré" – art 4 bis §5) pour une période de six mois au maximum, ou en cas de récidive dans les deux ans, pour une période de maximum trois ans:

- Lorsque le praticien a commis une infraction aux dispositions de l'accord médico-mutualiste en cours.
- Lorsque le dispensateur n'a pas respecté une des dispositions suivantes (cf. supra, 2.b):
  - appliquer le TP pour tous les bénéficiaires et pour toutes les prestations d'un même centre d'activités;
  - interdiction de publicité au sujet de l'application du TP;
  - la non-délivrance de la quittance ou note d'honoraires réglementaire.

Dans ce cas également, le dispensateur doit être informé par lettre recommandée de l'intention des organismes assureurs. Il dispose alors de quinze jours pour faire connaître ses observations. Les organismes assureurs notifient dans les deux mois leur décision motivée par lettre recommandée en précisant la durée de la mesure.

Enfin, l'accord médico-mutualiste prévoit une disposition ( point 6.1.6) pour le **médecin conventionné** dont l'application peut être réclamée dans le chef du bénéficiaire, en cas de dépassement des honoraires fixés par l'accord, à savoir une indemnité forfaitaire s'élevant à trois fois le montant du dépassement avec un minimum de 12 €. (outre l'amende administrative égale à trois fois le montant du dépassement avec un minimum de 125 €, introduite par la loi du 22.08.2002- MB du 10.09.2002).

Cette disposition est forcément **exclusivement applicable aux médecins conventionnés**. Il n'est toutefois pas impossible qu'un organisme assureur interprète le fait de porter en compte un supplément au-delà du tarif de la convention comme une infraction telle que visée à l'art 4 bis §5 (donnant lieu au retrait temporaire du TP).

Il y a cependant une différence évidente entre le TP pour les médecins conventionnés et celui pour les médecins non conventionnés. Pour les médecins conventionnés (art 4 bis §1, 1° et 2°), le TP vaut pour les prestations effectuées dans le cadre de leur activité conventionnée, pour tous les bénéficiaires et pour toutes les prestations pour lesquelles le TP est autorisé. Pour les médecins non conventionnés, ceci ne vaut que pour les "prestations couvertes par le système du TP".

## 6. Et sans TP ?

Il est clair que le TP pour les médecins conventionnés comporte davantage de contraintes que pour leurs confrères non conventionnés. La contrainte pèse d'autant plus sur les médecins partiellement conventionnés: leur activité non conventionnée est ipso facto exclue du TP et leur activité conventionnée tombe sous l'obligation d'appliquer le TP pour toutes les prestations et pour tous les bénéficiaires d'un même centre d'activités.

Les incidents récents avec le Collège Inter-mutualiste National ont en tout cas mis en évidence que l'application combinée du TP avec des suppléments d'honoraires hors accord est impossible. Il est donc évident que les médecins non conventionnés ou conventionnés partiellement ont intérêt à opter pour des mécanismes de paiement alternatifs. Cette dernière catégorie de praticiens aura d'ailleurs davantage de liberté d'action si elle étend cette façon de faire à son activité conventionnée. En effet, si les tarifs de la convention "flottants" subissent des fluctuations importantes, les possibilités de sortie du TP (durée réelle du préavis: trois à quatre mois) restent relativement longues pour le médecin partiellement conventionné; la moindre infraction aux règles combien complexes de l'AMI, de la convention et du TP risquent de leur causer des difficultés supplémentaires dans le cadre de l'application du TP. Et le jour où il décide de mettre un terme à son engagement, il dépend d'emblée de l'arbitraire des organismes assureurs qui peuvent unilatéralement mettre un terme au TP.

D'autres systèmes de paiement sont:

- le paiement comptant ou électronique (carte bancaire + lecture carte SIS): paiement avec délivrance de l'attestation.
- le paiement comptant différé: délivrance ou envoi postposé de l'attestation (dans un délai de deux mois) + envoi d'une facture (paiement par virement).
- la combinaison des deux: paiement partiellement comptant (avance ou perception du ticket modérateur obligatoire en biologie clinique, avec reçu) + facturation du solde + délivrance ou envoi post factum de l'attestation (dans un délai de deux mois).

La méthode la plus intelligente sera probablement d'offrir la possibilité des différents systèmes de paiement. Le dernier système mentionné ci-dessus sera probablement le plus approprié dans une institution où l'accueil et le paiement comptant se font dans des locaux distants du service où les soins sont dispensés.

Par exemple: inscription à la caisse centrale avec paiement d'un acompte (par exemple un montant standardisé ou le ticket modérateur + le supplément). Le patient reçoit un formulaire précis pour l'engagement de paiement, établi en double, servant également comme reçu de l'acompte et avec lequel il se présente pour les soins dans le service. Après les soins, l'attestation est délivrée. Sur le formulaire sont également mentionnés les numéros de code de nomenclature ainsi que le montant du solde à payer.

*Exemple d'un engagement de paiement :*

*« Reçu du soussigné (nom, prénom, adresse) un acompte de....€, pour prestations médicales en date du..... :*

*N°s de code nomenclature :*

*pour lesquelles l'attestation de soins lui a été délivrée(1) / sera envoyée (1).*

*Le solde d'un montant de.....€ sera payé par le soussigné dans la quinzaine*

*-par paiement à la caisse centrale (1)*

*-par virement au compte n°.....(formulaire en annexe) (1).*

*Ainsi fait le.....à.....*

*Signature du patient. »*

*(1) veuillez biffer la mention inutile*

NB : si les n°s de code précis et le montant précis du solde ne sont pas disponibles au moment du départ du patient, le double du formulaire d'acompte complété peut lui être adressé par la suite en même temps que l'attestation de soins.

Un engagement de paiement n'est valable que s'il mentionne le montant précis qui est dû.

Signalons enfin que certains bureaux d'encaissement ou de facturation disposant du know-how et de l'expérience nécessaires pour la facturation informatisée du TP (souvent à moindre coût par rapport à ce que comptent de nombreuses administrations hospitalières), peuvent également vous offrir des solutions efficaces pour la facturation et le suivi des paiements dans le cadre du « comptant différé ».

## 7. Et la dimension sociale ?

Bien entendu, il y a lieu de tenir compte de situations sociales particulières. La réglementation INAMI a, en effet, prévu un certain nombre de cas auxquels il peut être dérogé, pour des raisons sociales, de l'interdiction du TP (p.ex. consultations, radiographies dentaires, etc...) . La circulaire O.A. n°87/150 du 7.05.1987 énumère ces différentes dérogations (liste complète sur simple demande auprès de notre secrétariat), dont nous nous permettons de souligner quelques-unes qui ne sont pas liées à des institutions précises ou à des types de soins particuliers. Elles peuvent donc se présenter dans un large éventail de situations de soins. Il est évident que dans ces cas, il n'est pas justifié éthiquement de réclamer des suppléments d'honoraires et/ou d'appliquer un système de paiement comptant :

-bénéficiaires dont les données de mutuelle comportent la mention « Tiers-payant » ( p.ex. bénéficiaires du minimum vital).

-bénéficiaires se trouvant dans une situation financière individuelle de détresse. Il s'agit de situations dans lesquelles l'assuré ne peut pas payer directement et où un paiement différé n'est pas possible ou pas indiqué pour des motifs sociaux.

(ex. : -toxicomanes qui se font soigner en dehors d'un centre, si le médecin estime qu'on court le risque que l'intervention de l'assurance payée aux intéressés sera consacrée à l'achat de stupéfiants ;

-bénéficiaires qui, pour des motifs valables, souhaitent que la facture ne soit pas présentée pour paiement au titulaire qui ouvre le droit ;

-personnes qui ne disposent pas de moyens propres suffisants et qui, bien que n'y ayant pas droit, ont des revenus équivalant ou inférieurs au minimex.)

NB : « Cette disposition ne peut pas avoir pour effet que le régime du TP soit appliqué dans le chef des patients qui, lors de la dispensation de soins, se trouvent occasionnellement dans l'impossibilité de payer comptant, mais qui disposent de moyens suffisants pour s'acquitter de leur dette par le biais d'autres modalités de paiement. »

Dans ces cas, le TP peut être appliqué sur base d'une déclaration sur l'honneur soit du patient, soit du praticien. La déclaration du patient suivante devrait convenir :

*« Je déclare sur l'honneur me trouver dans une situation où la réglementation en matière d'assurance-maladie obligatoire permet l'application du tiers-payant. »*

Il est évidemment exclu de faire un usage abusif ou systématique de cette modalité particulière.

Pour toutes autres informations relatives à cet article, notre bureau technique est à votre disposition (tél. 02/649.21.47, fax . 02/649.26.90, ou <mailto:info@gbs-vbs.org>).

**TEXTES COORDONNES CONCERNANT LE CHEF DE SERVICE  
ET LES PERMANENCES DANS LES SERVICES DE SOINS URGENTS  
SPECIALISES ET LE SMUR**

(AR 25/11/2002 MB 21/12/2002)

**LES SERVICES DE SOINS URGENTS SPECIALISES**

### **Le Médecin chef**

Art. 8. Un médecin spécialiste agréé, porteur du titre professionnel particulier en soins d'urgence et attaché à temps plein à l'hôpital, est médecin-chef de service de la fonction. Il consacra plus de la moitié de son temps de travail à l'activité dans la fonction et à la formation permanente du personnel de sa fonction.

Le médecin-chef de service, tel que visé dans le présent article, peut simultanément être le médecin qui assume la direction de la fonction « service mobile d'urgence » (SMUR), tel que visé à l'article 5 de l'arrêté royal du 10 août 1998 fixant les normes auxquelles une fonction « service mobile d'urgence » (SMUR) doit répondre pour être agréée

## Permanence médicale

Art. 9. § 1er. La permanence médicale est assurée par au minimum un médecin, attaché au moins à mi-temps à l'hôpital et possédant une des qualifications suivantes :

1° médecin spécialiste porteur du titre professionnel particulier en soins d'urgence

2° médecin spécialiste en formation en vue d'obtenir le titre professionnel particulier en soins d'urgence;

3° médecin qui a suivi la formation visée à l'article 5, § 2, 2°, b), de l'arrêté ministériel du 12 novembre 1993 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en soins d'urgence, ainsi que des maîtres de stage et des services de stage en soins d'urgence (c.à.d. le médecin ayant obtenu le brevet de médecine aiguë)

§ 2. Le nombre de médecins participant à la permanence médicale doit être adapté à l'intensité de l'activité de la fonction " soins urgents spécialisés ".

Entrent en ligne de compte pour cette permanence adaptée, les médecins visés au § 1er ainsi que les médecins-spécialistes et les candidats-médecin spécialiste ayant reçu une formation d'au moins deux ans, dans une des disciplines visées à l'article 2, § 1er, de l'arrêté ministériel du 12 novembre 1993 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en soins d'urgence, ainsi que des maîtres de stage et des services de stage en soins d'urgence. (*c.à.d. les médecins-spécialistes et les candidats médecins spécialistes des 13 spécialités de base*)

§ 3. Les personnes visées au § 1er et au § 2 assurent la permanence médicale exclusivement dans la fonction soins urgents spécialisés et ne peuvent, à l'exception de l'application de l'alinéa 2, assurer simultanément aucune autre permanence médicale, telle que visée à l'article 4 de l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction de soins intensifs doit répondre pour être agréé et à l'article 18, § 5, de l'arrêté royal du 10 août 1998 fixant les normes auxquelles doit répondre une fonction "service mobile d'urgence" (SMUR) pour être agréée";

Si une fonction "soins urgents spécialisées", une fonction "service mobile d'urgence (SMUR) et une fonction de soins intensifs sont exploitées sur le site dont il est question, les médecins qui assurent la permanence de la fonction "soins urgents spécialisées" peuvent simultanément assurer la permanence de la fonction "service mobile d'urgence" (SMUR) au sens de l'article 6 de l'arrêté royal du 10 août 1998 susvisé, pour autant qu'un médecin supplémentaire, répondant aux conditions visées au § 1<sup>er</sup>, soit présent dans les quinze minutes après que le premier médecin a quitté la fonction visée à la suite d'un appel de la fonction "service mobile d'urgence" (SMUR). Tant que ce médecin n'est pas arrivé sur place, le médecin qui, en application des articles 14 et 15 de l'arrêté royal du 27 avril 1998 susvisé, assure la permanence de la fonction de soins intensifs, doit assurer également la permanence de la fonction "soins urgents spécialisés".

Les médecins visés au § 1er peuvent assurer simultanément la permanence, telle que visée à l'article 2, § 1er, 4°, de l'arrêté royal du 30 janvier 1989 fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers et précisant la définition des groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter.

§ 4. La permanence médicale à la fonction spécialisée des urgences doit être assurée 24 heures sur 24.

§ 5 « § 5. Les médecins qui participent à la permanence médicale ne peuvent effectuer de permanence médicale dans un hôpital durant plus de 24 heures consécutives. »

Art. 10. § 1er. Le médecin qui assure la permanence doit au moins pouvoir faire appel à tout moment, et selon des modalités préétablies à :

1° un médecin spécialiste en médecine interne; 2° un médecin spécialiste en chirurgie; 3° un médecin spécialiste en anesthésiologie et réanimation; 4° un médecin spécialiste en radiodiagnostic; 5° un médecin spécialiste en pédiatrie; 6° un médecin spécialiste en chirurgie orthopédique; 7° un médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique; 8° un médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie; 9° un médecin spécialiste en ophtalmologie, 10° un médecin spécialiste en psychiatrie ou neuropsychiatrie; 11° un médecin spécialiste en neurologie ou neuropsychiatrie.

§ 2. Les médecins visés au § 1er doivent pouvoir être sur place dans les plus brefs délais après avoir reçu l'appel.

## Dispositions transitoires

Article 13.

§ 1er. Jusqu'au 31 décembre 2005, le chef de service visé à l'article 8 peut également être un médecin spécialiste dans une des disciplines visées à l'article 2, § 1er, de l'arrêté ministériel du 12 novembre 1993 précité.

§ 2. La permanence médicale peut également être assurée durant la période visée au § 1er, par un médecin spécialiste dans une des disciplines visées à l'article 2, § 1er, de l'arrêté ministériel précité du 12 novembre 1993.

§ 3. La permanence médicale peut, durant la période visée au § 1er, également être assurée par un médecin candidat spécialiste en formation dans une des disciplines visées à l'article 2, § 1er, de l'arrêté ministériel précité du 12 novembre 1993, pour autant que celui-ci ait suivi une formation d'au moins deux ans, que le service dans lequel il assure la permanence figure dans son programme de stage et qu'il se soit familiarisé dans un service des urgences ou une fonction « soins urgents spécialisés » avec tous les aspects afférents à la réanimation et au traitement médical d'urgence.

## **SERVICE MOBILE D'URGENCE**

### **Médecin en chef**

Art. 5. Le médecin qui assure la direction de la fonction doit être un médecin spécialiste porteur du titre professionnel particulier en soins d'urgence et attaché, à temps plein, à l'hôpital ou à un des hôpitaux de l'association.

Le médecin qui assume la direction de la fonction, tel que visé dans le présent article, peut simultanément être le médecin chef de service de la fonction « soins urgents spécialisés », tel que visé à l'article 8 de l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction « soins urgents spécialisés » doit répondre pour être agréée.

### **Permanences médicales**

Art. 6. § 1er. Sans préjudice des dispositions qui régissent la disponibilité du personnel médical de la fonction "soins urgents spécialisés", la fonction SMUR doit assurer 24 heures sur 24 une permanence médicale propre.

§ 2. La permanence médicale est assurée par au minimum un médecin, attaché au moins à mi-temps à l'hôpital et possédant une des qualifications suivantes :

1° médecin spécialiste porteur du titre professionnel particulier en soins d'urgence;

2° médecin spécialiste en formation en vue d'obtenir le titre professionnel particulier en soins d'urgence;

3° médecin qui a suivi la formation visée à l'article 5, § 2, 2, b), de l'arrêté ministériel du 12 novembre 1993 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en soins d'urgence, ainsi que des maîtres de stage et des services de stage en soins d'urgence.

Les médecins visés dans le présent paragraphe peuvent toutefois assurer simultanément la permanence, telle que visée à l'article 2, § 1er, 4°, de l'arrêté royal du 30 janvier 1989 fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers et précisant la définition des groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter.

Les médecins qui participent à la permanence médicale ne peuvent effectuer de permanence médicale dans un hôpital durant plus de 24 heures consécutives.

Les médecins visés dans le présent paragraphe assurent la permanence médicale dans la fonction "service mobile d'urgence" (SMUR). Ils ne peuvent pas assurer simultanément la permanence médicale, telle que visée à l'article 14 de l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles doit répondre une fonction de soins intensifs pour être agréé. Ils ne peuvent pas non plus assurer simultanément la permanence médicale visée à l'article 9, § 3, de l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles doit répondre une fonction "soins urgents spécialisés" pour être agréé, sauf à remplir les conditions fixées à l'alinéa 2 de cette disposition.

Au cas où la permanence est assurée par un médecin qui n'est pas un médecin spécialiste, comme visé à l'article 2, § 1er, de l'arrêté ministériel précité du 12 novembre 1993, et qu'une fonction agréée de soins intensifs se trouve également sur le site où se trouve le lieu de départ, comme visé à l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction de soins intensifs doit répondre pour être agréée, un médecin spécialiste, tel que visé à l'article 2, § 1er, de l'arrêté ministériel précité, doit être présent sur le site dont question.

### **Dispositions transitoires**

Article 18, § 1er. Jusqu'au 31 décembre 2005 le chef de service visé à l'article 5 peut également être un médecin spécialiste dans une des disciplines visées à l'article 2, § 1er, de l'arrêté ministériel du 12 novembre 1993.

§ 2. La permanence médicale peut également être assurée durant la période visée au § 1er, par un médecin spécialiste dans une des disciplines visées à l'article 2, § 1er, de l'arrêté ministériel précité du 12 novembre 1993.



§ 3. La permanence médicale peut, durant la période visée au § 1er, également être assurée par un médecin candidat spécialiste en formation dans une des disciplines visées à l'article 2, § 1er, de l'arrêté ministériel précité du 12 novembre 1993, pour autant que celui-ci ait suivi une formation d'au moins deux ans, que le service dans lequel il assure la permanence figure dans son programme de stage et qu'il se soit familiarisé dans un service des urgences ou une fonction « soins urgents spécialisés » avec tous les aspects afférents à la réanimation et au traitement médical d'urgence.

§ 4. Le Ministre quia la Santé publique dans ses attributions peut prolonger la période transitoire visée aux §§ 1er, 2, 3, s'il s'avère qu'à son expiration, un nombre encore insuffisant de médecins répond aux conditions visées aux articles 8 et 9 du présent arrêté.

## KINESITHERAPIE

**Arrêté royal du 25-11-1996 fixant les modalités de tenue d'un registre de prestations par les dispensateurs de soins visés à l'article 76 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (kinésithérapeute) et déterminant les amendes administratives applicables en cas d'infraction à ces dispositions modifié par l'AR du 11/11/2002 MB 12/12/2002)**

**Les modifications sont imprimées en italique**

Art. 3.

Les prestations *que le dispensateur (c.à.d. le kinésithérapeute note de la rédaction) de soins a dispensées et qu'il a dispensé sous la supervision d'un médecin spécialisé en médecine physique ou en physiothérapie* sont inscrites dans le registre par journée d'activité.

Les données suivantes sont mentionnées dans le registre:

- 1° la date à laquelle les prestations sont effectuées;
- 2° l'heure de début de la première prestation et l'heure de fin de la dernière prestation;
- 3° le nom et le prénom des bénéficiaires;
- 4° la nature des prestations dispensées, définies par leur numéro de la nomenclature des prestations visée aux articles 23, § 2, et 35 de la loi coordonnée.
- 5° Lorsque le dispensateur de soins exerce son activité à la fois à son cabinet ou à la résidence principale des bénéficiaires et dans un ou plusieurs centres de traitement, et qu'il a opté pour le registre unique visé à l'article 4, alinéa 2, il mentionne également dans ce registre, de manière clairement identifiable, même sous forme synthétique ou abrégée, *le lieu de chaque prestation qu'il a dispensée et qu'il a dispensée sous la supervision d'un médecin spécialiste en médecine physique ou en physiothérapie*

## Concertation oncologique multidisciplinaire applicable à partir du 01/02/2003 AR 25/11/2002 MB 13/12/2002

**350372 – 350383** Rapport écrit d'une concertation oncologique multidisciplinaire avec la participation d'au moins trois médecins de spécialités différentes sous la direction d'un médecin-coordonateur et reprenant la description du diagnostic et du plan de traitement . . . . . K 80

**350394 – 350405** Participation à la concertation oncologique multidisciplinaire . . . . . K 17

**350416 – 350420** Participation à la concertation oncologique multidisciplinaire par le médecin traitant qui n'est pas membre de l'équipe hospitalière . . . . . K 25

La prestation 350372 - 350383 est demandée par écrit par le médecin de médecine générale agréé ou avec droits acquis ou le médecin traitant spécialiste, à l'exclusion du médecin spécialiste en anatomie pathologique ou en biologie clinique ou en radiodiagnostic.

Cette prestation précède obligatoirement chaque :

- traitement oncologique qui s'écarte des lignes directrices écrites acceptées par le centre oncologique et/ou
- répétition d'une série d'irradiations d'une même région cible dans les douze mois, à compter de la date du début de la première série d'irradiations et/ou

- chimiothérapie par un médicament qui, dans une première phase de remboursement, a été désigné par le Conseil technique des spécialités pharmaceutique pour faire l'objet d'un monitoring par la concertation oncologique multidisciplinaire.

Cette prestation est attestée par le médecin-coordonateur et est remboursable une seule fois par année calendrier, sauf en cas de dispositions légales contraires.

La prestation 350394 - 350405 est attestable par maximum trois médecins spécialistes de spécialités différentes, exclusivement à l'occasion de la prestation 350372 - 350383.

La prestation 350416 - 350420 est attestable uniquement à l'occasion de la prestation 350372 - 350383 et elle couvre également les frais de déplacement.

Les prestations 350372 - 350383, 350394 - 350405 et 350416 - 350420 ne sont pas cumulables par le même prestataire.

Au moins trois médecins de spécialités différentes doivent participer à la concertation oncologique multidisciplinaire, dont un a une expérience particulière en chirurgie oncologique ou en oncologie médicale ou est agréé en tant que médecin spécialiste en radiothérapie-oncologie et dont un exerce la fonction de coordinateur et rédige le rapport.

Les prestations 350372 - 350383, 350394 - 350405 et 350416 - 350420 requièrent la présence physique simultanée des différents médecins participants.

Les honoraires de la prestation 350372 - 350383 couvrent également les frais de l'enregistrement uniformisé de l'affection oncologique sur un formulaire standardisé, établi par le Comité de l'Assurance Soins de Santé, pour chaque nouveau patient.

Le rapport écrit, rédigé par le médecin-coordonateur, doit mentionner les noms des médecins participants et le nom du médecin qui en a fait la demande, ainsi que le diagnostic et le plan de traitement. Le rapport doit être envoyé à tous les médecins qui ont participé à la concertation, au médecin qui en a fait la demande, au médecin généraliste traitant du patient et au médecin conseil de l'organisme assureur. »

## TARIFS

| Numéro de code               | honoraires | Intervention Ambulant                  |  | Intervention Hospitalisé               |  |
|------------------------------|------------|--|--|--|--|
|                              |            | Bénéficiaires avec régime préférentiel | Bénéficiaires sans régime préférentiel | Bénéficiaires avec régime préférentiel | Bénéficiaires sans régime préférentiel |
| K= 1,005368 350372 350383 =K | 80         | 80,43                                  | 80,43                                  | 80,43                                  | 80,43                                  |
| K= 1,005368 350394 350405 =K | 17         | 17,09                                  | 17,09                                  | 17,09                                  | 17,09                                  |
| K= 1,005368 350416 350420 =K | 25         | 25,13                                  | 25,13                                  | 25,13                                  | 25,13                                  |

## Table des matières

|   |    |
|---|----|
| • Accord national médico-mutualiste 2003.....   | 1  |
| • Tiers-payant : la coupe déborde !.....  | 1  |
| • Textes coordonnés concernant le chef de service et les permanences dans les services de soins urgents spécialisés et le SMUR..... | 7  |
| • Kinésithérapie.....   | 9  |
| • Concertation oncologique multidisciplinaire applicable à partir du 01/02/2003.....  | 10 |