

# I.N.A.M.I.

Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité

## Soins de Santé

Circulaire OA n° 2014/369 du 19 septembre 2014 360/8

En vigueur à partir du 1 août 2014 jusqu'au 31 juillet 2016  
Abroge circulaire n° 2000/357  
du 5 octobre 2000

## Nouvelle convention médico-psycho-sociale conclue avec les Centres de référence VIH/SIDA (secteur 7.76.0).

Le Comité de l'assurance a approuvé le texte d'une nouvelle convention à conclure avec les Centres médico-psycho-sociaux (Centres de référence VIH/SIDA – Secteur 7.76.0).

Cette nouvelle convention, que vous trouverez en **annexe 1** à la présente circulaire entre en vigueur au **1<sup>er</sup> août 2014**. Pour les centres de référence déjà conventionnés avant le 1<sup>er</sup> août 2014, cette nouvelle convention remplace à partir du 1<sup>er</sup> août 2014 la convention précédente en maintenant toutefois le numéro d'identification valable pour l'ancienne convention.

Les établissements avec lesquels la nouvelle convention est déjà conclue sont les établissements suivants :

Numéro d'identification	Hôpital	Rue et numéro	Code postal et ville	Date d'entrée en vigueur de la convention
7.76.009.88	CHU Saint-Pierre	Rue Haute 322	1000 BRUXELLES	01/08/2014
7.76.012.85 *	CHU de Mont-Godinne	Avenue Docteur G. Thérasse 1	5530 YVOIR	01/08/2014
7.76.013.84 *	AZ Sint-Jan Oostende AV	Ruddershove 10	8000 BRUGGE	01/08/2014

\* Il s'agit de 2 nouveaux Centres de référence qui ne disposaient jusqu'à présent pas d'une convention 7.76.

Pour le CHU Saint-Pierre, l'ancienne convention est donc annulée et remplacée par la nouvelle convention ci-annexée.

Pour les autres Centres qui disposaient d'une convention 7.76 jusqu'à présent et qui n'ont pas signé la nouvelle convention à l'heure actuelle, l'ancienne convention est **dénoncée**. Etant donné que ces Centres n'ont pas encore signé la nouvelle convention, plus aucun remboursement des organismes assureurs ne pourra être obtenu des Centres au-delà du 30

novembre 2014. Le délai de 3 mois de préavis prévu dans le cadre de l'ancienne convention commence à courir le premier jour du mois qui suit la date d'envoi de la lettre à la poste qui a été envoyée aux Centres concernés (en l'occurrence, délai de préavis du 1<sup>er</sup> septembre 2014 au 30 novembre 2014). **A partir du 1<sup>er</sup> décembre 2014**, l'ancienne convention encore active avec les Centres de référence médico-psycho-sociaux concernés **n'aura donc plus d'effet**. Il s'agit des Centres suivants :

Numéro d'identification	Hôpital	Rue et numéro	Code postal et ville	Date d'entrée en vigueur de la convention
7.76.003.94	UZ Gent	De Pintelaan 185	9000 GENT	1er janvier 2000
7.76.004.93	UZ van de KU Leuven	Herestraat 49	3000 LEUVEN	1er janvier 2000
7.76.005.92	UZ Brussel	Laarbeeklaan 101	1090 BRUSSEL (JETTE)	1er janvier 2000
7.76.006.91	UZ Antwerpen	Nationalestraat 155	2000 ANTWERPEN	1er janvier 2000
7.76.007.90	CHU Liège	Quai Godefroid Kurth, 45	4020 LIEGE	1er janvier 2000
7.76.008.89	Cliniques Universitaires Saint-Luc	Avenue Hippocrate 10	1200 BRUXELLES (WOLUWE-SAINT-LAMBERT)	1er janvier 2000
7.76.010.87	CHU Charleroi	Boulevard Zoé Drion 1	6000 CHARLEROI	1er janvier 2000
7.76.011.86	Hôpital Erasme	Route de Lennik, 808	1070 BRUXELLES (ANDERLECHT)	1er janvier 2000

Dans le cas où ces centres signeraient encore la nouvelle convention, cette nouvelle convention s'appliquerait toutefois également pour eux à partir du 1<sup>er</sup> août 2014. Le cas échéant, nous vous en informerons par le biais d'autres circulaires O.A..

\*\*

#### Explications par rapport à la nouvelle convention d'application à partir du 1<sup>er</sup> août 2014 :

Les modifications par rapport à la précédente version qui sont pertinentes pour les organismes assureurs sont commentées dans la présente circulaire. Une copie de la lettre (qui ne fait pas mention des spécificités par Centre) qui a été envoyée aux établissements concernés et qui contient des informations et des instructions relatives à l'entrée en vigueur de la convention est également annexée à la présente circulaire (**annexe 2**).

- Il s'agit d'une convention provisoire (durée de validité : 2 ans ; soit jusqu'au 31 juillet 2016) – cf article 1 § 3 de la convention et article 27 § 1<sup>er</sup>.
- Le groupe cible des patients visés par la convention (cf. article 2 de la convention) reste inchangé par rapport à la convention actuelle. Cependant, un nombre maximum de prestations qui peuvent être portées en compte dans le cadre de la convention pour certains patients a été fixé :
  - Pour les **enfants séronégatifs** nés de mères séropositives pour lesquels demeure toujours une inconnue quant aux effets secondaires éventuels des traitements antirétroviraux auxquels ils ont été exposés in utéro, la prise en charge est limitée à **4 ans** au maximum dans le cadre de la convention au lieu d'une durée indéterminée dans l'ancienne convention. Ainsi, les dispositions de l'article 10 § 3, 2<sup>ème</sup> alinéa prévoient que seuls 4 forfaits annuels majorés (cf. infra) au maximum peuvent être portés en compte au total dans le cadre de la convention. La période de prise en charge relative au dernier forfait annuel majoré qui pourra être porté en compte doit obligatoirement débiter avant le 4<sup>ème</sup> anniversaire de l'enfant. Pour une année de prise en charge qui débute au 4<sup>ème</sup> anniversaire de l'enfant ou à une date ultérieure, **plus aucun forfait annuel** (qu'il soit de base ou majoré) dans le cadre de la convention ne pourra être remboursé pour ces enfants.
  - Pour les **enfants séropositifs**, seuls 18 forfaits annuels majorés au maximum peuvent être portés en compte au total. La période de prise en charge relative

au dernier forfait annuel majoré doit obligatoirement débiter avant le 18<sup>ième</sup> anniversaire de l'enfant. Pour une année de prise en charge qui débute au 18<sup>ième</sup> anniversaire de l'enfant ou à une date ultérieure, **plus aucun forfait annuel majoré** dans le cadre de la convention ne pourra être remboursé pour ces enfants.

- L'article 10 définit les prestations remboursables et les conditions à remplir pour pouvoir porter en compte ces prestations : En résumé : 2 types de forfait peuvent être portés en compte :

Un forfait annuel de base **ou**

Un forfait annuel majoré

#### Principes d'application :

Forfait facturable par période de 12 mois (date à date).

Pendant cette période de 12 mois : 2 contacts en face à face auprès du patient sont exigés. Ces contacts doivent avoir une durée totale de 1 heure au minimum, **sur 2 jours différents**.

Forfait majoré uniquement d'application pour les patients faisant partie d'un des groupes à risque suivant (article 10 § 3 de la convention) :

- ⇒ Femmes enceintes porteuses du VIH ou atteintes du SIDA ;
- ⇒ Les nourrissons nés de mères séropositives qui en sont toujours au stade de l'incertitude diagnostique ;
- ⇒ Les enfants séronégatifs de moins de 4 ans nés de mères séropositives pour lesquels demeure toujours une inconnue quant aux effets secondaires éventuels des traitements antirétroviraux auxquels ils ont été exposés in utero ;
- ⇒ les enfants séropositifs de moins de 18 ans.

Les pseudocodes et prix à utiliser pour ces prestations sont les suivants :

<b>Prestation</b>	<b>Pseudocode</b>	<b>Prix par année<sup>1</sup></b>
Forfait annuel de base Patient ambulatoire	787754	624,77 €
Forfait annuel de base Patient hospitalisé	787765	624,77 €
Forfait annuel majoré Patient ambulatoire	787776	937,16 €
Forfait annuel majoré Patient hospitalisé	787780	937,16 €

- L'article 11 fixe les nouveaux montants des prestations (fixés conformément à l'annexe 3 de la convention) . Dans le cadre de la nouvelle convention, **soit** un forfait annuel de

<sup>1</sup> La partie indexable (voir article 11 § 3 de la convention) est liée à l'indice pivot des prix à la consommation (indice pivot 119,62 de décembre 2012 – base 2004)

base est porté en compte pour un patient **soit** un forfait annuel majoré (pour les patients qui font partie des groupes à risque dont il est question à l'article 10 § 3 de la convention). C'est donc l'un ou l'autre pour un même patient. La notion de forfait complémentaire tombe donc dans le cadre de la nouvelle convention.

- Ticket modérateur : Pour chacune des prestations, le patient doit payer un ticket modérateur (dont les modalités sont fixées sur la base de l'arrêté royal du 29 avril 1996).
- L'article 12 contraint l'établissement de ne pas facturer aux organismes assureurs au-delà d'une enveloppe annuelle y fixée. Il appartient à l'établissement d'y veiller.
- En vertu des dispositions de l'article 14 de la nouvelle convention : le médecin-conseil est (pour les 2 nouveaux Centres de référence) /reste (pour les Centres de référence existants) compétent pour statuer sur les demandes de prise en charge individuelle.
- Formulaire de demande de prise en charge : en **annexe 3** à la présente circulaire, vous trouverez le formulaire de demande qui doit être utilisé pour l'introduction des demandes individuelles ; à remplir et signer par le patient. A ce formulaire doit être joint un rapport médical (que vous trouverez également en annexe 3 à la présente circulaire) ; à remplir et signer par le médecin de l'équipe du Centre. Ce rapport médical contient les dates des contacts en face à face entre le patient et l'équipe du Centre (date du premier contact et date du deuxième contact). A côté des dates de ces 2 contacts en face à face obligatoires, le rapport médical contient également la mention des disciplines concernées avec lesquelles le patient a eu des contacts ainsi que la durée de ces contacts. Selon la convention, il **est interdit** que les 2 contacts obligatoires soient réalisés le même jour. Les 2 contacts doivent en effet avoir eu lieu sur au moins 2 jours différents (cf. dispositions de l'article 10 de la nouvelle convention).
- En ce qui concerne la période de prise en charge accordée dans le cadre de la convention (cf. article 15 de la nouvelle convention) :
  - Date de début de la période = Date du premier contact (= Jour X) du patient avec l'équipe du Centre.
  - Jusqu'à la date (= jour X-1) du même mois, 12 mois plus tard.
  - La date de début (= jour X) est alors considérée comme **la date de début originale** pour toutes les périodes qui vont suivre. En effet, pour les prolongations de la période de 1 an remboursable, il faut partir pour chaque patient de la date de début originale : le jour de l'année pendant lequel le Centre de référence, dans le cadre de la convention, a eu avec le patient un premier contact et qui fait partie de la période remboursable d'un an durant laquelle 2 tels contacts sont réalisés. La date précise à laquelle le contact a eu lieu dans chaque année suivante (date X jusqu'à la date X-1 de l'année) n'a donc pas d'importance. Pour chacune de ces années, le médecin-conseil doit avoir reçu la demande d'intervention dans les 30 jours qui suivent la fin de la période d'un an accordée. La demande ne peut seulement être introduite que lorsque 2 contacts en face à face d'au minimum 1 heure sur 2 jours différents ont été réalisés dans chaque période de 12 mois. Si un patient concret (un patient pour qui un forfait a déjà été remboursé pour une année déterminée) n'a bénéficié que de 1 contact l'année d'après, ce contact n'est pas remboursable. La prochaine période de prise en charge commence à courir 1 an après la dernière période accordée, dans le cas où durant cette prochaine période, 2 contacts en face à face d'une durée minimum de 1 heure sur 2 jours différents ont été effectués. La date de début et de fin de la période annuelle de prise en charge ne peuvent donc jamais être décalées pour un patient pour lequel une période déterminée d'un an a déjà été remboursée.
- Règle concernant la tardivité : La demande peut être introduite à partir de la date à laquelle a eu lieu le 2<sup>ème</sup> contact. Le médecin-conseil doit avoir reçu la demande dans les 30 jours qui suivent la fin de la période de 1 an remboursable.

L'introduction tardive d'une demande peut avoir comme conséquence qu'il ne pourra pas être tenu compte de certains contacts réalisés pour arriver au minimum de 2 contacts exigés d'une heure pour pouvoir porter en compte un forfait annuel.

Dans le cas d'une demande tardive pour un **nouveau patient**, la période originale de prise en charge demandée ne sera pas remboursée : en tenant compte de la règle de la tardivité, la période de prise en charge d'un an ne pourra commencer qu'à une date ultérieure à condition que les 2 contacts en face à face d'une heure minimum sur 2 jours différents exigés soient réalisés pendant la nouvelle période. Si ce n'est pas le cas, le Centre peut introduire une nouvelle demande pour une prochaine période d'un an dans laquelle ont eu lieu les 2 contacts. La période de un an commence à courir à partir de la date du premier contact qui fait partie d'une période remboursable d'un an dans laquelle 2 contacts d'une heure minimum sur 2 jours différents ont été réalisés et pour laquelle la demande a été introduite à temps.

Pour un patient existant (= un patient pour qui une période remboursable d'un an a déjà été réalisée) la date originale de début sera prise en considération pour toutes les années suivantes. L'introduction tardive d'une demande pour un patient existant ne change donc jamais la période d'un an pour laquelle un forfait annuel peut être remboursé pour ce patient. L'introduction tardive d'une demande peut avoir pour conséquence que certains contacts réalisés ne pourront pas être pris en compte dans le nombre minimum de 2 contacts d'une heure minimum sur 2 jours différents requis pour la facturation d'un forfait annuel.

- L'article 26 prévoit toute une série de **dispositions transitoires pour l'année 2014**. En effet, pour 2014, il faut pouvoir assurer la transition entre l'ancienne et la nouvelle convention tant au niveau des demandes individuelles, que des prix des prestations, que de l'enveloppe, etc.
  - Si les Centres dépassaient déjà l'enveloppe fixée par la convention pour l'année 2014 avant l'entrée en vigueur de la nouvelle convention (avant le 01/08/2014) ⇒ Les Centres concernés doivent rembourser aux organismes assureurs concernés le montant de toutes les prestations qui ont été portées en compte au-delà de l'enveloppe prévue. Le Centre doit tenir compte de la date de facturation de ces prestations (il devra donc rembourser les dernières prestations facturées). Le Centre a jusqu'au 31/12/2014 pour effectuer ces remboursements.
  - Forfait 2014 remboursable selon les modalités de l'ancienne convention dans le cas où :
    - Les 2 contacts exigés dans le cadre de l'ancienne convention ont été dispensés avant le 1<sup>er</sup> août 2014 et que,
    - La demande est parvenue au médecin-conseil au plus tard le 31 août 2014 (l'ancien forfait est alors d'application)
      - LE FORFAIT DE L'ANCIENNE CONVENTION EST REMBOURSABLE
      - POUR CES PATIENTS : LA PROCHAINE PERIODE DE PRISE EN CHARGE QUI PEUT COMMENCER A COURIR DANS LE CADRE DE LA NOUVELLE CONVENTION = DATE DU PREMIER CONTACT EN 2015.
  - Pour les patients qui n'ont eu aucun contact avant le 1<sup>er</sup> août 2014 :
    - La date de début de la période de prise en charge qui peut être accordée ne commencera à courir qu'à la date du premier contact avec le patient (qui a lieu après le 31 juillet 2014) ;
    - Si le patient a bénéficié des 2 contacts exigés (selon les modalités fixées dans le cadre de la nouvelle convention) ⇒ LE FORFAIT DE LA NOUVELLE CONVENTION EST REMBOURSABLE.
  - Pour les patients qui ont déjà bénéficié d'un contact avant le 1<sup>er</sup> août 2014 :

- La date de début de la période de prise en charge commence à courir à la DATE DE CE PREMIER CONTACT EN 2014.
- Si le patient a bénéficié des 2 contacts exigés (selon les modalités fixées dans le cadre de la nouvelle convention) ⇒ LE FORFAIT DE LA NOUVELLE CONVENTION EST REMBOURSABLE.

La présente circulaire annule et remplace la circulaire OA n° 2000/357 du 05/10/2000 – Rubrique 370/740 (nouvelle convention en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2000 et liste des établissements).

Le Fonctionnaire Dirigeant,

H. De Ridder  
Directeur général.

Annexes :

[Convention FR au 01 08 2014](#)  
[Lettre nouvelle convention FR](#)

**INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE**  
**Etablissement Public institué par la loi du 9 août 1963**

**AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES**

**SERVICE DES SOINS DE SANTE**

**CONVENTION ENTRE LE COMITE DE L'ASSURANCE SOINS DE SANTE ET LE .....**  
**AU NOM DU CENTRE DE REFERENCE MEDICO-PSYCHO-SOCIAL .....**

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment les articles 22, 6°, et 23, § 3;

Sur proposition du Collège des médecins-directeurs institué auprès du Service des soins de santé de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité ;

Il est conclu entre :

d'une part,

le Comité de l'assurance soins de santé institué auprès du Service des soins de santé de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité,

et d'autre part,

le ..... au nom du Établissement ....., désigné ci-après dans le texte par le terme « l'établissement »,

la présente convention.

**OBJET DE LA CONVENTION**

**Article 1.**

**§ 1.** La présente convention définit en premier lieu les rapports entre l'établissement et les bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé, définis à l'article 2 de la présente convention, de même que les rapports entre cet établissement, l'Institut National d'Assurance Maladie-invalidité (I.N.A.M.I.) et les organismes assureurs. Elle définit en outre les buts de l'établissement, le programme individuel multidisciplinaire, les prestations remboursables, les moyens mis en œuvre pour réaliser ces prestations ainsi que les prix et honoraires de ces dernières.

**§ 2.** Étant donné que le SIDA est une affection chronique qui est assortie d'un pronostic défavorable et qui a une incidence sur le plan physique, sexuel, familial, scolaire, professionnel et social, et qu'il convient de répondre de la façon la plus intégrée possible aux besoins de ces patients sur divers plans - celui des soins

médicaux, de l'accompagnement et du soutien - la présente convention vise à permettre à l'établissement y défini d'offrir aux bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé une guidance et un soutien médical et psychosocial coordonnés, multidisciplinaires.

**§ 3.** La présente convention est à considérer comme une convention provisoire, valable pour une période de 2 ans, conformément aux dispositions de l'article 27, § 2. Cette convention provisoire doit permettre la mise en place d'un meilleur enregistrement des activités réalisées par les Centres de référence VIH/SIDA dans le cadre de la convention et doit permettre de préparer une nouvelle convention qui tienne compte de l'activité réelle des Centres.

### **POPULATION VISEE**

#### **Article 2.**

Les bénéficiaires de la présente convention sont :

- a) les femmes enceintes porteuses du VIH ou les femmes enceintes atteintes du SIDA ;
- b) les nourrissons (ainsi que leurs parents), nés de mères séropositives, qui en sont toujours au stade de l'incertitude diagnostique ;
- c) les porteurs VIH faisant partie d'un des groupes suivants :
  - 1. les bénéficiaires au sujet desquels le diagnostic vient d'être posé;
  - 2. les bénéficiaires chez qui l'observance de la thérapie est menacée;
  - 3. les bénéficiaires qui présentent un risque de causer - soit à eux-mêmes soit à des tiers - des dommages (évitables) ou qui présentent un risque de décompensation psychiatrique;
  - 4. les bénéficiaires confrontés à un problème scolaire, professionnel, familial ou affectif en rapport avec leur séropositivité;
  - 5. les toxicomanes;
- d) les bénéficiaires atteints du SIDA ;
- e) les enfants séronégatifs de moins de 4 ans nés de mères séropositives pour lesquels demeure toujours une inconnue quant aux effets secondaires éventuels des traitements antirétroviraux auxquels ils ont été exposés in utero (pour ces enfants, il y a lieu de tenir compte des dispositions de l'article 10 § 3, 2<sup>ème</sup> alinéa de la présente convention) ;

pour qui le but général tel que défini à l'article 1 § 2, peut être traduit dans l'engagement de l'établissement de répondre aux besoins concrets du bénéficiaire visés à l'article 3 de la présente convention.

### **BUT DE L'ETABLISSEMENT ET DU PROGRAMME**

#### **Article 3.**

**§ 1.** L'établissement entend amener ou maintenir les patients définis à l'article 2 de la présente convention dans un état optimal tant sur le plan médical que psychique, familial, scolaire ou socio-professionnel.

**§ 2.** Selon la situation individuelle du patient, les objectifs suivants sont visés :

- a) Pour presque tous les patients :
-

- guidance psychologique du patient et de son entourage;
  - restauration, préservation et renforcement de l'autonomie sociale et financière;
  - restauration et maintien de la structure familiale et sociale;
  - maintien ou récupération des acquis sur le plan scolaire ou professionnel;
  - adaptation du type de comportement afin d'éviter la transmission secondaire du VIH (par des rapports sexuels, lors de la grossesse ou par un échange de seringues);
  - stimulation de l'observance thérapeutique, notamment en contribuant à une efficacité maximale de la thérapie suivie par le patient en y jouant un rôle de coordinateur ;
  - analyse et traitement des effets secondaires de la thérapie.
- b) Spécialement pour les sidéens, l'accent sera également mis sur :
- le fait de répondre aux besoins liés à des handicaps spécifiques (cécité partielle, troubles neurologiques focaux, etc.) permettant dans la mesure du possible la réintégration des patients dans leur milieu socio-familial et, le cas échéant, l'insertion dans des structures d'accueil de jour ou d'hébergement;
  - la prévention des hospitalisations évitables et la limitation de la durée des hospitalisations, notamment par le fait d'informer, de préparer et de soutenir les dispensateurs de soins de première ligne et par la garantie d'une continuité du programme entre l'hospitalisation et le retour à domicile ;
  - prévention et management du profil de la résistance complexe.
- c) Spécialement pour les femmes enceintes porteuses du VIH ou atteintes du SIDA, les nourrissons séropositifs VIH, les enfants qui souffrent du SIDA, le programme sera également axé sur :
- le maintien de la cohésion de la cellule familiale;
  - le soutien, chez les femmes enceintes, à la prophylaxie de la transmission verticale;
  - l'encouragement à l'observance des parents;
  - l'encouragement au follow-up médical de l'enfant, permettant un diagnostic précoce de la transmission éventuelle et l'instauration de mesures préventives dans tous les domaines;
  - l'insertion du nourrisson et de l'enfant dans les structures existantes (crèches, écoles, institutions, Services d'Aide à la Jeunesse, ...);
  - le soutien aux parents et aux autres personnes éventuelles qui pourvoient à l'éducation des enfants infectés/malades, pour le traitement à domicile de ces enfants;
  - le transfert optimal vers des structures d'accueil temporaires ou permanentes des enfants sains ou malades en cas de détérioration de l'état de santé ou de décès d'un ou des deux parents;
  - le soutien aux enfants confrontés au diagnostic du VIH ou du SIDA, à leur maladie chronique, en ce qui concerne plus particulièrement leur adhésion au traitement antirétroviral ou le soutien aux enfants qui sont confrontés à la maladie ou au décès de leurs parents suite à l'affection du SIDA.
- d) Spécialement pour les enfants séronégatifs de moins de 4 ans nés de mères séropositives, l'accompagnement sera orienté vers :
- la surveillance médicale quant à l'apparition éventuelle d'effets indésirables liés au traitement antirétroviral administré pendant la grossesse;
  - la prise en charge médico-psychosociale en cas de complications liées au traitement antirétroviral.
- e) Spécialement pour les jeunes adultes congénitalement infectés ou infectés durant l'enfance, l'accompagnement sera également orienté vers :
- le soutien psychologique dans les moments difficiles liés au passage à la vie adulte ;
-

- l'intégration dans les différents milieux de vie notamment dans le milieu scolaire et le milieu professionnel ;
- l'information sur les risques encourus lors de rapports sexuels parallèlement à l'incitation à adapter le type de comportement afin d'éviter la transmission secondaire.

De plus, l'établissement assurera la transition du patient entre la pédiatrie et la médecine interne au niveau de la prise en charge.

## **DEFINITION DE L'ETABLISSEMENT**

### **Article 4.**      *Définition*

**§ 1.** L'établissement est une entité fonctionnelle distincte disposant de sa propre équipe multidisciplinaire, d'une infrastructure et des équipements pour permettre de réaliser les objectifs du programme individuel multidisciplinaire prévu pour les patients visés.

**§ 2.** L'établissement se doit d'offrir son aide aux patients visés sans distinction de nationalité, de race, de sexe, d'âge, de religion, de conception de vie, de pratique sexuelle ou de domicile.

Dans le traitement, il devra toujours partir du respect de la conviction et de l'autonomie de tous.

**§ 3.** Sur le plan de l'infrastructure et des équipements, l'établissement doit au moins disposer d'un espace de consultation et d'entretien individuel, d'un espace pour les thérapies de groupe ainsi que d'un secrétariat où les dossiers dont il est question à l'article 8 § 1<sup>er</sup> de la présente convention sont conservés à l'intention de l'équipe.

L'établissement doit pouvoir être localisé sur la base d'une adresse suffisamment précise et d'un numéro de téléphone, sans que cette adresse doive cependant être notifiée à d'autres personnes que les patients ou patients potentiels et les personnes intéressées au fonctionnement de l'établissement.

### **Article 5.**      *Cadre du personnel*

#### **§ 1.** Composition de l'équipe

##### a) Equipe multidisciplinaire

L'établissement tel que visé par la présente convention est une équipe multidisciplinaire constituée de disciplines médicales, de fonctions thérapeutiques non médicales et de la fonction administrative. L'établissement doit faire partie d'un hôpital.

##### b) Disciplines médicales

Les médecins qui doivent au minimum faire partie de l'encadrement médical dans le cadre de la présente convention sont :

- 2 médecins spécialistes en médecine interne **et** ;
  - Pour les Centres qui prennent en charge des enfants de moins 16 ans : 1 médecin spécialiste en pédiatrie ;
-

- Pour les Centres qui prennent en charge les femmes enceintes : 1 médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique.

Ces médecins doivent avoir une compétence particulière, étayée et reconnue, dans le domaine du VIH et du SIDA.

Un des médecins spécialistes en médecine interne dirige l'équipe et est responsable de son fonctionnement et de son organisation ainsi que de l'accompagnement des patients visés dans le cadre de la présente convention. Ce médecin est compétent pour confier aux autres membres de l'équipe les missions nécessaires pour la réalisation des buts visés dans le cadre de la présente convention. Il est également associé à la sélection et au recrutement des membres de l'équipe, pour lesquels son avis favorable est requis.

#### c) Fonctions thérapeutiques non médicales

En ce qui concerne les fonctions thérapeutiques non médicales, l'équipe se compose au moins des disciplines suivantes :

- un diététicien ;
- un infirmier ;
- un assistant social ou infirmier social ;
- un psychologue (licencié ou master en psychologie).

#### d) Encadrement administratif

En ce qui concerne l'encadrement administratif, l'établissement doit disposer d'un collaborateur administratif.

### § 2. Nombre d'Equivalent Temps Plein (ETP)

Le nombre d'ETP qui doit composer l'équipe visée au § 1<sup>er</sup> du présent article dépend :

- ✓ du nombre de prestations effectuées au cours d'une année calendrier pour lesquelles un forfait prévu dans le cadre de la présente convention est dû **et**
- ✓ du type de prestations (telles que visées à l'article 10 de la présente convention) réalisées pour ces patients. Pour ce point, il y a lieu de tenir compte du nombre d'heures par discipline **inclus dans le montant** des prestations (dont un détail est rendu à l'annexe 3 de la présente convention).

Le nombre de prestations et le type de prestations peuvent notamment être inférés des chiffres de production visés à l'article 17 de la présente convention.

*L'annexe 1 A donne un exemple d'application des dispositions de ce paragraphe ayant valeur de règle interprétative.*

### § 3. Règles minimales en ce qui concerne la composition de l'équipe

La fonction de diététicien doit être représentée pour un minimum de 5 % du nombre d'ETP de l'équipe fixée en vertu des dispositions du § 2 du présent article.

---

La fonction d'infirmier doit être représentée pour un minimum de 45 % du nombre d'ETP de l'équipe fixée en vertu des dispositions du § 2 du présent article.

La fonction d'assistant social ou d'infirmier social doit être représentée pour un minimum de 10 % du nombre d'ETP de l'équipe fixée en vertu des dispositions du § 2 du présent article.

La fonction de psychologue (licencié ou master en psychologie) doit être représentée pour un minimum de 10 % du nombre d'ETP de l'équipe fixée en vertu des dispositions du § 2 du présent article.

La fonction exercée par les médecins ne peut jamais être représentée pour plus de 10 % du nombre d'ETP de l'équipe fixée en vertu des dispositions du § 2 du présent article et rémunérée sur base des forfaits prévus dans le cadre de la présente convention. La partie restante du travail des médecins requis sur base des dispositions du § 1<sup>er</sup> du présent article peut être remboursée sur base des prestations de la nomenclature des prestations de santé effectuées par ces médecins.

#### § 4. Adaptation de l'équipe

L'équipe doit toujours être adaptée en fonction du nombre réel de prestations et du type de prestations qui sont portées en compte pour ces patients (telles que définies à l'article 10 de la présente convention) et pour lesquelles un forfait prévu dans le cadre de la convention est dû. Afin d'éviter des adaptations multiples de ce cadre du personnel requis, l'établissement pourra toutefois s'appuyer, pour la taille du cadre du personnel requis au cours d'une année civile déterminée, sur le nombre moyen de patients qui a été accompagné dans le cadre de la présente convention au cours des deux années civiles complètes qui ont précédé. Il ne peut y avoir d'augmentation du cadre du personnel que si, sur la base du nombre moyen de patients des 2 dernières années civiles complètes, le cadre du personnel existant doit être augmenté de minimum 0,5 ETP médecin et/ou de minimum 0,5 ETP pour tous les collaborateurs paramédicaux confondus (gradués visés au § 1 du présent article et licenciés ou master en psychologie). Si, soit pour le cadre médical, soit pour le cadre paramédical, cette hausse minimale n'est pas atteinte, cette fonction peut continuer à s'appuyer sur le cadre existant.

*L'annexe 1 B donne également un exemple de progression du temps de travail dans le cadre de la convention selon le nombre de patients (pour des nombres de patients choisis par commodité) et le type de prestation portée en compte pour ces patients.*

#### § 5. Dispositions pour compléter le cadre du personnel manquant

L'établissement s'engage à prendre sans délai toutes les dispositions afin de compléter le cadre du personnel pour toute fonction qui serait vacante, en tout ou en partie, temporairement (pour cause de maladie, interruption de carrière, congé sans solde, ...) ou définitivement (pour cause de licenciement, démission, ...). Il n'est toutefois pas tenu de compléter le cadre du personnel pour une fonction laissée vacante, soit par un membre du personnel licencié, au cours de la période de préavis légal rémunéré, soit par un membre du personnel absent pour maladie, au cours de la période légale de salaire garanti, tant qu'il rémunère effectivement ces membres du personnel, à condition que l'équipe comprend encore au moins un autre membre du personnel de la discipline concernée.

Si des membres de l'équipe en fin de carrière sont dispensés de prestations de travail conformément aux dispositions de la CCT en la matière, cette dispense de prestations de travail doit être compensée par de nouveaux engagements ou par une augmentation de la durée du temps de travail d'autres membres de

---

l'équipe, compte tenu des qualifications prévues pour chaque fonction. Le financement de cette occupation compensatoire sort du cadre de la présente convention, mais n'est pas en contradiction avec celle-ci.

#### **§ 6.** Temps de travail des membres de l'équipe

L'établissement doit pouvoir démontrer à tout moment quel est le temps de travail exercé par les différents membres de l'équipe dans le cadre de la présente convention, afin de réaliser les activités prévues par la convention. Il ne peut être tenu compte que du temps de travail que les différents membres de l'équipe consacrent à l'accompagnement des patients prévu dans la présente convention, l'accompagnement direct (*contacts en face à face avec le patient*) et l'accompagnement indirect (*concertation sur les patients, réunions d'équipe, assistance téléphonique, rapports, etc.*) étant tous deux pris en compte tant pour les patients ambulatoires qu'hospitalisés.

Le temps de travail consacré aux soins médicaux et infirmiers ordinaires dispensés aux patients hospitalisés de la présente convention ne peut toutefois jamais être entendu comme temps de travail.

A tout moment, il peut être demandé à l'établissement de justifier l'encadrement employé dans le cadre de la présente convention.

Afin de pouvoir démontrer que l'établissement dispose de l'encadrement nécessaire à la réalisation des activités conventionnelles prévues dans le cadre de la présente convention, l'établissement doit tenir en permanence un relevé des membres de l'équipe qu'il occupe réellement. Cet aperçu doit indiquer qui fait partie de l'équipe de l'établissement à n'importe quel moment, pour quel nombre d'heures par semaine et quel horaire de travail. Il doit également pouvoir être présenté immédiatement lors de chaque visite de contrôle d'un représentant de l'I.N.A.MI ou des organismes assureurs.

#### **§ 7.** Rémunération des membres du personnel

L'établissement s'engage à rémunérer les membres de son personnel au moins selon la même échelle salariale que celle du personnel de l'hôpital dont il fait partie.

Le coût salarial du personnel occupé dans le cadre de la convention est supposé pouvoir être supporté entièrement par l'établissement sur la base du remboursement du coût des prestations prévues par la présente convention. L'établissement ne peut dès lors percevoir aucune autre intervention financière de la part d'une autorité publique – quel qu'en soit le montant, la nature ou la forme – dans le coût salarial du personnel financé par la présente convention à l'exception des médecins qui font partie de l'équipe de l'établissement et pour lesquels des prestations peuvent être portées en compte dans le cadre de la nomenclature des prestations de santé.

#### **Article 6.** *Nombre minimal de patients*

**§ 1.** L'établissement et en particulier l'équipe multidisciplinaire doivent prendre en charge un minimum de 250 patients différents par année calendrier.

Cependant, à titre de mesure transitoire, les Centres de référence qui disposaient d'une convention VIH/SIDA active avant l'entrée en vigueur de la présente convention peuvent prétendre d'emblée au bénéfice de la présente convention.

---

Pour atteindre cette masse critique de 250 patients minimum à prendre en charge dans le cadre de la présente convention, il y a lieu de tenir compte du fait que les patients qui bénéficient de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (patients dit « assurés ») et pour lesquels un forfait dans le cadre de la présente convention peut être porté en compte (patients qui répondent donc à toutes les conditions mentionnées dans la présente convention) doivent compter pour un minimum de 90%.

La fixation d'une limite inférieure permet de garantir l'acquisition d'une expérience et de pouvoir entretenir cette expérience.

Le contrôle du respect de ce nombre minimum de patients à prendre en charge doit être rendu possible à la demande du Service des soins de santé ou du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'I.N.A.M.I.. A la demande de ces Services, l'établissement doit pouvoir démontrer à tout moment qu'il répond à ce critère.

La présente convention cesse ses effets, par décision du Comité de l'assurance, sur proposition du Collège des médecins-directeurs, le 1<sup>er</sup> juillet de l'année qui suit la première période de 2 années calendrier consécutives au cours de laquelle le nombre minimum de patients n'a pas été atteints. Dans tous les cas, avant toute décision du Collège des médecins-directeurs et du Comité de l'assurance, l'établissement doit avoir eu l'occasion d'expliquer par écrit les raisons pour lesquelles ce quota n'a pas été atteint.

**§ 2. Pour pouvoir prétendre** au bénéfice de la présente convention, un nouveau Centre candidat à la conclusion de la présente convention doit répondre aux 2 conditions ci-après :

⇒ Prendre déjà en charge un minimum de 250 patients différents par année calendrier ;

⇒ Se situer dans une Province où l'activité prévue dans le cadre de la présente convention n'est pas encore proposée.

Le contrôle du respect de ce nombre minimum de patients à prendre en charge doit être rendu possible à la demande du Service des soins de santé ou du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'I.N.A.M.I.. A la demande de ces Services, l'établissement doit pouvoir démontrer à tout moment qu'il répond à ce critère.

Au cours de la période de validité de la présente convention, 2 Centres candidats au maximum à la conclusion de la présente convention pourront conclure effectivement la convention.

#### **Article 7.**      *Application de la convention sur plusieurs sites*

**§ 1.** L'établissement ne peut réaliser ses activités dans le cadre de la présente convention que sur un seul site.

**§ 2.** Une dérogation aux dispositions du § 1<sup>er</sup> du présent article est possible moyennant l'accord préalable du Collège des médecins-directeurs et la signature d'un avenant à la présente convention.

Le Collège des médecins-directeurs statuera sur la demande en évaluant la manière dont la collaboration se met en place entre l'établissement qui a conclu la présente convention et le site sur lequel veulent être réalisées les activités conventionnelles. Le dossier de demande doit donc contenir des éléments qui font état de la collaboration concrète (données relatives au nombre de patients au sein du site, données relatives à l'équipe en ce qui concerne son niveau d'expertise dans le domaine du VIH/SIDA, données relatives au renvoi des patients de l'établissement vers le site ou inversement, données relatives au financement, données relatives à l'organisation de réunion d'équipe commune, etc.)

---

Si, sur la base du dossier de demande, le Collège des médecins-directeurs est d'avis (parce qu'il est entre autre convaincu que sur base du dossier, la collaboration est optimale) que les activités conventionnelles peuvent être organisées sur un site de l'établissement (autre que le siège principal), il proposera au Comité de l'assurance de conclure un avenant à la présente convention qui règlera de manière détaillée l'application de la présente convention sur un site autre que le site principal de l'établissement. Cet avenant contiendra toutes les obligations à respecter liées à l'application de la présente convention sur un site autre que le site principal de l'établissement qui a signé la présente convention.

## **FONCTIONNEMENT MULTIDISCIPLINAIRE**

### **DOSSIER INDIVIDUEL**

#### **RESEAU DE SOINS**

### **Article 8.**

#### **§ 1. *Fonctionnement multidisciplinaire et dossier individuel***

L'équipe - dont il est question à l'article 5 de la présente convention - concrétise le caractère multidisciplinaire du programme par l'organisation régulière de réunions d'équipe et la tenue à jour d'un dossier individuel pour chaque patient pris en charge dans le cadre de la présente convention. En principe, sauf exceptions justifiées, chaque membre de l'équipe doit être présent aux réunions, au moins quand sont examinés les cas de patients qui le concernent. Ces réunions visent d'une part, la discussion systématique de la situation des patients ou des candidats au programme prévu dans le cadre de la présente convention, sous l'angle des diverses disciplines concernées, et d'autre part, l'étude de thèmes généraux relatifs au concept de prise en charge ainsi que l'évaluation et la correction permanente du fonctionnement de l'établissement, tant sur le plan des programmes individuels que du concept général de prise en charge.

Les conclusions de l'examen des patients individuels doivent être mentionnées dans le dossier individuel du patient.

Par patient admis à suivre le programme, il est établi un dossier individuel qui donne un aperçu du déroulement de sa prise en charge dans l'établissement et de l'évolution de son état. Ce dossier peut faire partie d'un dossier médical centralisé. Chaque membre de l'équipe doit pouvoir trouver à tout moment dans le dossier individuel toutes les informations thérapeutiques nécessaires pour l'accomplissement de sa tâche.

Outre les éléments techniques d'un dossier médical tels que les antécédents, la correspondance médicale et thérapeutique ainsi que les données diagnostiques, ce dossier doit également comporter, pour chaque patient, les éléments suivants :

- un double du formulaire de demande d'intervention ou de prolongation signé par le patient ou par son représentant légal tel que prévu à l'article 14 de la présente convention;
  - la ou les demandes du patient ou de son représentant légal à laquelle/auxquelles l'établissement veut répondre, la façon de le faire et le résultat obtenu assorti d'une analyse de celui-ci si un moins bon résultat a été obtenu;
  - les décisions et les conclusions des réunions d'équipe ainsi que toutes les décisions particulières importantes et tous les arrangements importants pris avec le patient ou son représentant légal;
  - chaque intervention en face à face de l'équipe en présence du patient intéressé avec mention :
    - ✓ de la date de l'intervention (avec mention des heures de début et de fin) ;
    - ✓ du dispensateur de soins concerné ;
    - ✓ d'une brève description de la nature de l'intervention;
-

- l'identité et les autres données qui permettent de contacter aisément le médecin traitant et d'éventuels autres dispensateurs de soins, en dehors des membres de l'équipe, qui soignent le patient.

## **§ 2. Réseau de soins**

L'équipe de l'établissement prend les mesures nécessaires de coordination avec les autres dispensateurs traitants du patient en les associant, par tous les moyens, à l'évolution de la prise en charge et remplit un rôle de soutien dans les soins dispensés par ces derniers lorsque la demande en est faite.

De plus, la prise en charge des personnes VIH/SIDA doit faire partie de la responsabilité partagée du médecin généraliste d'une part et du Centre de référence VIH/SIDA d'autre part. L'ensemble des soins tombe alors sous la responsabilité partagée commune du généraliste et du Centre. Il convient à cet effet, d'inciter le patient à s'inscrire chez un médecin généraliste de son choix.

Dans ce contexte, le médecin généraliste peut attendre de l'établissement d'être informé de l'évolution du programme individuel initié pour le patient en question dans le cadre de la présente convention, de recevoir des directives pour le traitement des patients VIH/SIDA en général mais également pour le traitement d'un patient en particulier et de se concerter avec l'établissement à sa demande.

## **LE PROGRAMME INDIVIDUEL**

### **Article 9.**

**§ 1.** Le programme individuel est la réponse apportée par l'établissement durant une période déterminée aux besoins du patient, en fonction d'une traduction permanente des objectifs généraux en besoins concrets variables de ce patient.

Le programme individuel dont il est question dans le cadre de la présente convention a une visée multidisciplinaire. Cependant, le patient peut toujours opter pour un suivi monodisciplinaire par le médecin de l'établissement (dont il est question à l'article 5 §1<sup>er</sup> point b). Dans ce cas, les autres intervenants (dont il est question à l'article 5 § 1<sup>er</sup> point c) de la présente convention ne doivent pas intervenir auprès du patient. Pour ces patients qui optent pour un suivi monodisciplinaire, seules les prestations prévues dans la nomenclature des prestations de santé pourront être portées en compte au patient. Un forfait prévu par la présente convention ne pourra pas être attesté pour ce patient.

**§ 2.** Chaque programme individuel part d'au moins une demande concrète (à déterminer en fonction des paramètres qui définissent la population ciblée) pour laquelle l'établissement propose une réponse.

**§ 3.** La demande susvisée doit constituer la raison de la consultation de l'établissement. La succession rapide et changeante des demandes, des objectifs et des problèmes qu'entraîne l'évolution de l'infection au VIH et du SIDA est notée dans le dossier individuel.

**§ 4.** La réponse prévue à la demande initiale précitée et aux demandes suivantes doit être examinée avec le patient ou avec son représentant légal et l'établissement. Lorsque le risque d'interférence avec les interventions du médecin traitant existe, il y a lieu en tout cas d'intéresser ce dernier à la discussion susvisée.

**§ 5.** Le programme comprend l'engagement formel de l'établissement à répondre durant toute la durée du programme aux besoins du patient en fonction des objectifs fixés dans le programme individuel.

---

L'engagement de répondre aux besoins du patient implique également que l'établissement soit à la disposition des personnes présentant un problème familial, social, scolaire ou affectif, en rapport avec la cohabitation ou les liens sociaux ou affectifs avec le porteur du VIH ou le patient atteint du SIDA.

Cet engagement implique également, en cas d'urgence, une forme de disponibilité dans le chef de l'équipe multidisciplinaire au moins sur le plan médical en dehors des heures normales de travail. Il incombe à l'établissement d'organiser adéquatement la disponibilité susvisée.

L'établissement est tenu d'informer par écrit le patient de l'engagement précité.

**§ 6.** L'engagement de l'établissement décrit sous le § 5 du présent article, court pendant toute la durée du programme. Étant donné qu'une période de prise en charge dans le cadre de la présente convention ne peut pas excéder 12 mois, l'engagement pris par l'établissement court tout au long de cette période de 12 mois.

Si en vertu des dispositions de l'article 27, § 2 de la présente convention, une des parties dénonce la présente convention, l'engagement pris par l'établissement ne continue à courir que pendant la durée restante de l'année pour laquelle un forfait a été porté en compte pour le patient concerné.

**§ 7.** L'établissement s'engage, à la fin de chaque programme - et au moins une fois par année calendrier -, à verser au dossier individuel un rapport d'évaluation examinant point par point dans quelle mesure l'objectif visé a été atteint.

## **LES PRESTATIONS REMBOURSABLES**

### **Article 10.**

**§ 1.** Dans le cadre de la présente convention, 2 types de forfait peuvent être portés en compte :

- Un forfait annuel de base ;
- Un forfait annuel majoré.

Par bénéficiaire, soit un forfait annuel de base ou soit un forfait annuel majoré pourra être porté en compte par année.

#### **§ 2. Forfait annuel de base**

Le forfait de base consiste en la réalisation durant une période d'un **an** (date à date) d'un programme multidisciplinaire individuel tel que défini à l'article 9 de la présente convention (toutes les interventions médicales et psychosociales effectuées par les membres de l'équipe définie dans la présente convention pour réaliser les objectifs vis-à-vis du patient).

Ce forfait est facturable dès qu'ont lieu, au cours de cette période d'un an, 2 **contacts** en face à face (en **présence du patient) d'une durée totale d'au minimum 1 heure**, qui ne sont pas des prestations reprises dans la nomenclature des prestations de rééducation visées à l'article 23, § 2, deuxième alinéa et dans la nomenclature des prestations de santé visée à l'article 35, § 1<sup>er</sup> de la loi coordonnée précitée.

Un contact en face à face avec une personne qui n'est pas membre de l'équipe multidisciplinaire ne peut être considéré au sens du présent article.

---

Par face à face, il y a lieu d'entendre une rencontre entre le patient et au moins un membre de l'équipe multidisciplinaire. Aucune intervention par téléphone ou courrier n'est considérée comme un face à face.

Si plusieurs membres de l'équipe ont simultanément une rencontre avec le patient, la durée de cette rencontre ne peut être prise en compte qu'une seule fois pour atteindre la durée requise des contacts en face à face exigée par la présente convention.

En aucun cas le temps du médecin prévu à l'article 5 § 1<sup>er</sup> point b) de la présente convention ne peut compter dans le calcul du nombre d'heure en face à face avec le patient.

Les 2 contacts en face à face doivent avoir lieu sur au moins 2 jours différents.

Ces 2 contacts en face à face constituent le minimum des actes qui doit être réalisé pour que la prestation soit facturable ; la prestation entière consiste dans l'ensemble des actes qui sont requis de part la situation pathologique et psychosociale du patient, dans le cadre de son programme individuel, durant un an.

Un seul forfait annuel de base peut être porté en compte pour une période de 1 an.

Le premier forfait réalisé dans le cadre de la présente convention débute à la date **du premier contact** en face à face entre le patient et l'équipe multidisciplinaire, dans le cadre de son programme individuel. Il s'achève 1 an plus tard, le jour qui précède le jour du mois de la date de début.

Si durant la période d'un an qui suit, les conditions sont réunies pour la facturation d'un autre forfait annuel de base, on considère que cette prestation débute au jour et au mois de début originaux (= date du 1<sup>er</sup> contact qui a donné lieu à la toute première intervention + 1 an). Il en est de même pour toutes les périodes d'un an qui se succèdent sans interruption, tant que les conditions de facturation sont réunies (date du 1<sup>er</sup> contact qui a donné lieu à la toute première intervention + 2 ans, + 3 ans, + 4 ans, etc.).

Si dans la période d'un an qui suit une prestation facturable, les conditions ne sont pas réunies pour la facturation d'un forfait, la première prestation facturable suivante débute à nouveau au jour et au mois de début originaux (= date du 1<sup>er</sup> contact qui a donné lieu à la toute première intervention + 1an, + 2 ans, etc.). La prestation ne sera facturable que si au moins 2 contacts en face à face d'un total minimum d'une heure durant la période d'un an qui suit ont été effectués.

*Un exemple d'application des dispositions de ce paragraphe, ayant valeur de règles interprétatives est donné à l'**annexe 2** de la présente convention.*

### **§ 3. Forfait annuel majoré**

Le forfait annuel majoré peut être porté en compte uniquement pour les patients faisant partie d'un des groupes à risque suivants :

- ⇒ Femmes enceintes porteuses du VIH ou atteintes du SIDA ;
  - ⇒ Les nourrissons nés de mères séropositives qui en sont toujours au stade de l'incertitude diagnostique ;
  - ⇒ Les enfants séronégatifs de moins de 4 ans nés de mères séropositives pour lesquels demeure toujours une inconnue quant aux effets secondaires éventuels des traitements antirétroviraux auxquels ils ont été exposés in utero ;
-

⇒ les enfants séropositifs de moins de 18 ans.

Pour les enfants séronégatifs nés de mères séropositives pour lesquels demeure toujours une inconnue quant aux effets secondaires éventuels des traitements antirétroviraux auxquels ils ont été exposés in utero, **seuls 4 forfaits annuels majorés au maximum** peuvent être portés en compte au total dans le cadre de la présente convention. La période de prise en charge relative au dernier forfait annuel majoré qui pourra être porté en compte (pour la 4<sup>ième</sup> année), doit obligatoirement débiter avant le 4<sup>ième</sup> anniversaire de l'enfant. Pour une année de prise en charge qui débute au 4<sup>ième</sup> anniversaire de l'enfant ou à une date ultérieure, plus aucun forfait annuel ne pourra être remboursé.

Pour les enfants séropositifs, **seuls 18 forfaits annuels majorés au maximum** peuvent être portés en compte au total dans le cadre de la présente convention. La période de prise en charge relative au dernier forfait annuel majoré qui pourra être porté en compte (pour la 18<sup>ième</sup> année), doit obligatoirement débiter avant le 18<sup>ième</sup> anniversaire de l'enfant. Pour une année de prise en charge qui débute au 18<sup>ième</sup> anniversaire ou à une date ultérieure, le forfait annuel majoré ne peut jamais être remboursé.

Si le forfait majoré est porté en compte, aucun forfait annuel de base ne peut être porté en compte pour ce patient durant l'année pour laquelle ce forfait majoré est dû.

Les conditions mentionnées au § 2 du présent article sont également d'application pour le forfait annuel majoré.

**§ 4.** Pour chaque nouvelle période de 1 an considérée, les compteurs concernant les contacts en face à face auprès du patient sont remis à zéro.

#### **MONTANTS DE L'INTERVENTION DE L'ASSURANCE ET CONDITIONS SUPPLEMENTAIRES POUR SON OCTROI**

##### **Article 11.**

**§ 1.** Les montants des prestations remboursables en vertu de la présente convention couvrent toutes les interventions et démarches (contacts auprès du patient et travail indirect) effectuées par les membres de l'équipe définie dans la présente convention au bénéfice des patients visés par la présente convention; à l'exception d'une partie importante des activités des médecins pour lesquels des honoraires peuvent être portés en compte dans le cadre de la nomenclature des prestations de santé.

**§ 2.** Les montants des prestations remboursables en vertu de la présente convention et dont un détail est rendu à **l'annexe 3** de la présente convention sont fixés à :

	Total	Indexable	Non indexable
Pour le forfait annuel de base	624,77 €	603,94 €	20,83 €
Pour le forfait annuel majoré	937,16 €	905,92 €	31,24 €

**§ 3.** La partie indexable est liée à l'indice pivot des prix à la consommation (indice pivot 119,62 de décembre 2012 – base 2004). Cette partie indexable est adaptée selon les dispositions de la loi du 1<sup>er</sup> mars 1977 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation du Royaume de certaines dépenses dans le secteur public.

**§ 4.** La facturation d'une prestation ne peut être réalisée qu'à partir du moment où les 2 contacts d'un total minimum d'une heure conformément aux dispositions de l'article 10 § 2 de la présente convention ont été effectivement dispensées au patient.

Les prestations sont remboursables via la mention des pseudocodes suivants sur la facture :

787754 pour le forfait de base des patients ambulatoires

787765 pour le forfait de base des patients hospitalisés

787776 pour le forfait majoré des patients ambulatoires

787780 pour le forfait majoré des patients hospitalisés

**§ 5.** Le prix de l'intervention de l'assurance que l'établissement peut porter en compte à l'organisme assureur du patient concerné, est le prix qui était d'application au début de la période de 1 an considérée.

**§ 6.** L'établissement s'engage à répondre aux besoins de tout patient pour lequel le Collège des médecins-directeurs – ou le médecin-conseil si ce dernier est compétent - a déjà autorisé un programme similaire dans un autre établissement avec lequel le Comité de l'assurance soins de santé a conclu une convention ayant le même objet et la même finalité que la présente convention, et qui se présente auprès de l'établissement dans le courant d'une période annuelle du programme suivi dans l'autre établissement pour lequel une intervention de l'assurance a déjà été accordée.

L'engagement visé au présent paragraphe vaut au moins pour la durée restante du programme précité.

Le Collège des médecins-directeurs – ou le médecin-conseil si ce dernier est compétent - informe l'établissement qu'il s'agit d'un tel patient.

Pour la période annuelle en cours de ce programme, aucune nouvelle intervention de l'assurance dans le cadre de la présente convention ne peut être introduite pour ce patient.

#### **ENVELOPPE GLOBALE DISPONIBLE**

#### **Article 12.**

**§ 1<sup>er</sup>.** Le montant total des prestations remboursables par les organismes assureurs sur base de la présente convention et effectuées au cours d'une même année calendrier est limité à **### euros** pour une année calendrier considérée. De ce montant, **## EUR** sont indexables et **## EUR** non indexables. La valeur pécuniaire totale de tous les forfaits de base et des forfaits majorés effectués au cours d'une année calendrier considérée et portés en compte aux organismes assureurs (quelle que soit la date de facturation) ne peut quoi qu'il en soit jamais être supérieure à ce montant qui doit être considéré comme l'enveloppe annuelle de l'établissement.

*L'enveloppe annuelle de l'établissement a été fixée conformément au protocole faisant l'objet de l'annexe 4 de la présente convention.*

---

La date du **deuxième contact** en face à face entre l'établissement et le bénéficiaire qui donnera lieu à une intervention de l'assurance soins de santé (à condition donc que la durée totale de ces contacts s'élève à un minimum d'une heure au total) déterminera l'année calendrier pour laquelle le forfait annuel de base ou le forfait annuel majoré, porté en compte pour ce bénéficiaire, compte pour l'enveloppe annuelle de cette année calendrier. Si la durée totale des 2 contacts est inférieure à une heure, il y a lieu de tenir compte de la date d'un contact suivant (qui donnera lieu à des contacts d'une durée d'une heure au total) pour déterminer l'année calendrier pour laquelle le forfait annuel de base ou le forfait annuel majoré, porté en compte pour ce bénéficiaire, compte pour l'enveloppe annuelle de cette année calendrier.

**§ 2.** La partie indexable du montant dont il est question au § 1<sup>er</sup> du présent article est liée à l'indice pivot 119,62 (décembre 2012 - base 2004) des prix à la consommation. Cette partie indexable est adaptée selon les dispositions de la loi du 1er mars 1977 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation du Royaume de certaines dépenses dans le secteur public.

**§ 3.** L'établissement s'engage à ne pas dépasser l'enveloppe annuelle calendrier précitée dans sa facturation à tous les organismes assureurs confondus, pour toutes les prestations réalisées au cours d'une même année calendrier et attestées aux organismes assureurs.

Si la convention, au cours d'une année civile donnée, n'est d'application que pour une partie de l'année civile considérée, l'enveloppe annuelle précitée doit proportionnellement être réduite en tenant compte de la période à laquelle la convention est applicable au cours de l'année civile visée.

Si l'enveloppe annuelle a été indexée au cours d'une année calendrier donnée, l'enveloppe annuelle remboursable pour cette année-là doit proportionnellement être calculée, sur la base des enveloppes annuelles respectives avant et après l'indexation compte tenu de la durée de la période avant l'indexation et de la durée de la période qui suit l'indexation.

**§ 4.** L'enveloppe annuelle globale disponible par année calendrier permet à l'établissement qui a conclu la présente convention d'offrir, pendant l'année calendrier considérée, un accompagnement multidisciplinaire tel que prévu par la présente convention, à tous les patients visés par la présente convention, même dans le cas où il n'est plus possible de porter en compte un forfait annuel pour certains patients.

## SUPPLEMENTS

### **Article 13.**

**§ 1.** Etant donné que le temps de travail médical remboursé dans le cadre de la présente convention sur base des prix des prestations (fixés à l'article 11 de la présente convention), ne comprend que le temps de travail nécessaire au travail multidisciplinaire et à la coordination des activités prévues dans le cadre de la présente convention, des prestations médicales peuvent être portées en compte, en sus des montants prévus par la présente convention, dans le cadre de la nomenclature des prestations de santé. Toutefois, les prestations médicales qui sont effectuées dans le cadre des prestations prévues par la présente convention et qui sont portées en compte dans le cadre de la nomenclature des prestations de santé, ne peuvent être portées en compte qu'à l'honoraire officiel sur base duquel l'intervention de l'assurance est calculée et qui peut être consulté sur le site internet de l'INAMI (il s'agit en principe des tarifs prévus pour les médecins dits « conventionnés »).

---

**§ 2.** L'établissement qui a conclu la présente convention s'engage à ne jamais porter en compte, ni aux bénéficiaires, ni aux organismes assureurs ou une autre instance, les interventions et les prestations qui ont déjà fait l'objet d'un remboursement dans le cadre de la présente convention. L'établissement s'engage aussi à ne réclamer aux bénéficiaires aucun supplément par rapport aux prix fixés à l'article 11 de la présente convention, pour les interventions et prestations prévues dans le cadre de la présente convention.

**LA PRESCRIPTION DU PROGRAMME INDIVIDUEL ET LA DEMANDE PAR LE BENEFICIAIRE D'UNE INTERVENTION DANS LE COUT DE CE PROGRAMME**

**Article 14.**      *Demande d'accord d'intervention de l'assurance*

**§ 1.** Pour tout patient, l'intervention de l'assurance dans le coût des prestations, considérées comme des prestations de rééducation, est subordonnée à un accord préalable du Collège des médecins-directeurs ou du médecin-conseil de l'organisme assureur auquel le patient est affilié ou inscrit - si ce dernier est compétent - conformément aux dispositions des articles 138, 139 et 142 § 2, de l'AR du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

En application des dispositions de l'article 142 § 2 de l'AR précité, la demande d'accord doit parvenir au médecin-conseil au plus tard dans les 30 jours qui suivent la période de 1 an demandée (dont il est question à l'article 15 de la présente convention). Elle doit être introduite au moyen du formulaire approuvé par le Comité de l'assurance soins de santé. Le formulaire de demande joint en **annexe 5** à la présente convention peut être modifié à tout moment par le Comité de l'assurance (après avis du Collège des médecins-directeurs).

Au formulaire à utiliser en vertu de cet article pour les demandes d'intervention est annexé un rapport médical, dont le modèle est approuvé par le Collège des médecins-directeurs.

En cas d'accord, l'instance compétente fixe la date de début de la période d'intervention de l'assurance et la durée de cette période conformément aux dispositions de l'article 15.

**§ 2.** L'établissement s'engage à informer le patient et à l'aider dans les démarches à accomplir notamment en veillant au respect du délai fixé à cet effet.

Dans le cas où l'établissement a pris sur lui la responsabilité d'introduire la demande d'intervention pour le patient, il s'engage à ne pas porter en compte au patient intéressé les frais qui ne sont pas remboursés par l'organisme assureur pour cause d'introduction tardive de la demande.

**§ 3.** L'établissement s'engage à fournir au Collège des médecins-directeurs, ou au médecin-conseil - dans le cas où celui-ci est compétent - toutes les informations qu'il juge utile afin de pouvoir se prononcer sur la prise en charge du programme du patient.

**§ 4.** La présente convention doit être considérée pour tous les hôpitaux qui y adhèrent comme la continuation de la convention en matière de SIDA/VIH conclue antérieurement avec les Centres de référence en matière de SIDA/VIH.

Les deux parties signataires de la présente convention conviennent de la considérer comme une convention qui est perçue en ce qui concerne les demandes d'intervention dans les prestations qu'elle prévoit, comme

la poursuite de la convention antérieure mentionnée ci-avant. Ainsi, elle ressort de l'article 138, 2°, g) de l'AR du 3 juillet 1996 et le médecin-conseil de l'organisme assureur du patient est compétent pour prendre les décisions sur ces demandes d'intervention.

**Article 15.** *Période d'intervention de l'assurance*

§ 1. La période d'intervention de l'assurance dans un programme individuel, accordée par l'instance compétente, débute, avec le programme, à la date du premier contact en face à face entre le patient et le(s) membre(s) de l'équipe.

Cette période court de la date du premier contact en face à face entre le patient et le(s) membre(s) de l'équipe (= jour X) jusqu'à la date (jour X-1) du même mois, 12 mois plus tard. Au terme de cette période accordée, la prise en charge peut toutefois toujours être prolongée, éventuellement pour une nouvelle période de 12 mois, à condition que le patient remplisse encore les conditions fixées dans le cadre de la présente convention.

Seules sont prises en considération les prestations telles qu'elles sont définies dans la présente convention, qui ont effectivement lieu dans la période accordée par le Collège des médecins-directeurs – ou le médecin-conseil dans le cas où ce dernier est compétent – et dont, les cas échéant les modalités supplémentaires fixées par le Collège des médecins-directeurs ou le médecin-conseil sont respectées.

§ 2. L'intervention pour le programme individuel au sujet duquel le Collège des médecins-directeurs ou le médecin-conseil – dans le cas où celui-ci est compétent - a pris une décision favorable prend fin lorsque l'établissement décide de ne plus admettre un patient. Cette décision doit être notifiée en temps voulu au patient.

**Article 16.** *Modalités de facturation des prestations*

§ 1. Le montant de l'intervention de l'assurance est porté en compte obligatoirement par l'établissement à l'organisme assureur du patient sur la base de la bande magnétique de l'établissement hospitalier dont l'établissement fait partie (facturation électronique obligatoire). Au moins une fois par année civile, l'établissement fournit au patient un récapitulatif de ce qu'il a porté en compte pour lui à l'organisme assureur.

§ 2. L'intervention de l'assurance doit être diminuée de l'intervention personnelle du bénéficiaire, fixée en application des dispositions de l'arrêté royal du 29 avril 1996, portant fixation de la réduction de l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les honoraires et prix fixés dans certaines conventions avec les établissements visés à l'article 22, 6°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

## **CHIFFRES DE PRODUCTION ET COMPTABILITE**

**Article 17.** *Chiffres de production*

§ 1. L'établissement tient un relevé exhaustif des forfaits (forfait de base et forfait majoré) prestés dans le cadre de la présente convention. Ce relevé doit comporter une liste des patients avec mention du type de forfait presté pour les patients en question.

---

§ 2. Sur la base des données des relevés mentionnés au paragraphe précédent, l'établissement établit ses chiffres de production (soit le nombre de prestations effectuées, par type, multiplié par leurs prix respectifs). Avant la fin du mois suivant la fin de chaque trimestre, il transmet au service des soins de santé les chiffres de production relatifs à ce trimestre au moyen de l'application informatique que ce Service a fait parvenir à cet effet. Chaque prestation effectuée ne peut figurer qu'une seule fois dans les chiffres de production d'une année calendrier. Les prestations dont il apparaît d'avance qu'elles ne sont pas remboursables (p.ex. parce qu'elles ne répondent pas aux conditions de la présente convention ou parce que le patient est assuré en dehors du cadre de l'assurance obligatoire soins de santé ou parce que le patient n'est pas assurable) **ne doivent pas figurer** dans les chiffres de production.

L'établissement s'engage à présenter, à la demande du Service des soins de santé ou du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'I.N.A.M.I., tous les documents nécessaires à l'appui des chiffres de production communiqués. La communication volontaire de chiffres de production erronés entraînera une suspension de paiement par les organismes assureurs dans le cadre de la présente convention.

Si les chiffres de production ne sont pas envoyés avant la fin du mois qui suit la fin d'un trimestre, l'établissement sera rappelé à ses obligations par lettre recommandée. Si les chiffres de production ne sont toujours pas communiqués 30 jours civils après l'envoi de la lettre recommandée, les paiements par les organismes assureurs (dans le cadre de la convention entre l'I.N.A.M.I. et l'établissement) sont suspendus d'office tant qu'il n'est pas satisfait à cet engagement.

#### **Article 18.** *Comptabilité*

Le pouvoir organisateur de l'établissement tient une comptabilité basée, d'une part, autant que possible, sur le plan comptable normalisé minimum pour les hôpitaux (AR du 14.08.1987) et d'autre part, sur les décisions prises en la matière par le Comité de l'assurance soins de santé. Les données comptables liées à l'application de la présente convention sont rassemblées sous un poste de frais distinct de telle sorte que les dépenses et les revenus puissent être immédiatement connus.

Le pouvoir organisateur est tenu de conserver les justificatifs des recettes et des dépenses pendant 10 ans.

Les comptes doivent toujours être accessibles, pendant cette période, au Service des soins de santé de l'INAMI.

Si le Service des soins de santé le demande explicitement, un relevé des revenus et des dépenses spécifiques dans le cadre de la convention, doit être transmis au Service des soins de santé au moyen d'un modèle déterminé par ce Service.

### **DISPOSITIONS PARTICULIERES RELATIVES AUX DROITS DU BENEFICIAIRE**

#### **Article 19.**

§ 1. Il est permis au patient, dans le courant d'une période du programme suivi dans l'établissement, de s'adresser à un autre établissement similaire avec lequel le Comité de l'assurance soins de santé a conclu une convention ayant le même objet et la même finalité que la présente convention afin que ce dernier établissement donne satisfaction à ses besoins.

---

**§ 2.** L'établissement ainsi que les organismes assureurs, les services ou instances concernés de l'I.N.A.M.I., veilleront en général à ce que, lors de la communication de données concernant les patients, il ne soit fait référence à l'infection par le VIH ou à l'affection du SIDA qu'en cas de stricte nécessité. A l'égard des tiers et dans ses contacts ou communications à caractère non médical, l'établissement, de façon générale, ne fera pas référence, dans son intitulé ou son identification, à l'affection du SIDA ou à l'infection par le VIH.

**§ 3.** L'établissement s'engage à informer le patient sur le respect par l'établissement de la protection de la vie privée comme cela est stipulé au § 2 du présent article.

L'établissement informe le patient que, selon l'article 26 de la loi du 15 janvier 1990 concernant la création de la Banque Carrefour de la Sécurité sociale, chaque communication de données médicales par les organismes assureurs et par l'I.N.A.M.I. s'effectue sous la surveillance et la responsabilité d'un médecin de ces institutions.

### **CONSEIL D'ACCORD**

#### **Article 20.**

**§ 1.** Le Conseil d'accord en matière de SIDA est un organe fonctionnel composé, d'une part, des membres du Collège des médecins-directeurs du Service des soins de santé de l'I.N.A.M.I. et, d'autre part, des médecins responsables des centres de référence avec lesquels la présente convention a été conclue. Le Conseil d'accord est présidé par le Président du Collège des médecins-directeurs.

**§ 2.** Le Conseil d'accord en matière de SIDA a pour missions :

- L'analyse de l'outcome : analyser l'évolution des patients des conventions en matière de VIH/SIDA, avec en ce compris, l'évaluation des formules de traitement et d'accompagnement proposées aux patients et l'analyse des résultats en rapport avec les groupes visés ;
- Le feedback : proposer, sur la base de l'évaluation de l'outcome, des adaptations au « système conventionnel » tenant compte de la réalité et des résultats obtenus en vue de promouvoir la qualité de la prise en charge des patients de la présente convention ;
- La politique générale de lutte contre le SIDA : donner, soit à la demande, soit spontanément, des avis dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité d'une part, et dans le cadre de la politique générale de lutte contre le SIDA, d'autre part. Ces avis seront basés sur l'expérience de travail des centres de référence en faveur des personnes atteintes par la maladie.

**§ 3.** Le Conseil d'accord en matière de SIDA est convoqué par le Président. Le Président convoque en tout cas le Conseil d'accord à la demande du Comité de l'assurance.

**§ 4.** Si l'établissement n'est, à plusieurs reprises, pas présent à la réunion du Conseil d'accord, cette absence sera constatée par le Président du Conseil d'accord, par lettre recommandée adressée au pouvoir organisateur de l'établissement.

Si l'établissement reste absent, après cette constatation, cette absence sera immédiatement communiquée au Comité de l'assurance qui peut décider de résilier la convention pour ce motif, moyennant le respect du préavis prévu à l'article 27, § 2 de la présente convention.

## PEER REVIEW

### Article 21.

**§ 1.** L'Institut scientifique de Santé Publique (ISP) et les centres de référence SIDA qui ont conclu une convention avec le Comité de l'assurance collaborent à la conception, à la mise à jour, à la gestion et à l'exploitation scientifique d'une cohorte *VIH/SIDA*, visant à recenser de la manière la plus exhaustive possible et à étudier scientifiquement l'ensemble de la population des patients infectés par le VIH ou atteints du SIDA en suivi médical en Belgique. Cette cohorte comporte également certaines données enregistrées de manière systématique et uniforme par les centres de référence, en ce qui concerne les programmes qu'ils réalisent.

L'Institut scientifique de Santé publique analyse les données de la cohorte et rédige en concertation avec les centres, à l'intention du Collège des médecins-directeurs et du Comité de l'assurance, un rapport annuel reprenant les résultats des analyses de ces données.

Cette cohorte et le rapport qui en est tiré doivent permettre :

- l'enregistrement et le suivi de données épidémiologiques, démographiques, cliniques (diagnostic, complications, traitement, etc.), et biologiques ;
- la détection rapide de pathologies émergentes (pathologies infectieuses, pathologies liées au traitement...);
- l'évaluation des complications pour les patients pris en charge par les centres de référence ;
- l'évaluation et l'amélioration constante de la qualité des soins par peer review et feed-back aux centres ;
- des études de cohortes par des médecins et chercheurs qualifiés ;
- de répertorier le nombre ainsi que la durée des contacts en face à face auprès du patient avec les différents membres de l'équipe.

Ceci est établi et exploité dans le respect du secret médical et de la vie privée, conformément aux dispositions du § 5 du présent article.

**§ 2.** Le groupe d'expert visé au § 4 du présent article conçoit et met en œuvre la cohorte du VIH/SIDA. Il définit :

- les données à enregistrer ;
  - la forme de leur enregistrement et les modalités de leur transmission ;
-

- les modalités de l'étude systématique qui en est faite annuellement ;
- la forme du rapport public établi annuellement sur base de cette étude (voir § 3 du présent article).

**§ 3.** Chaque centre transmet ses données en respectant scrupuleusement la forme et les modalités fixées par le groupe d'experts. L'ISP collecte les données transmises. Il réalise annuellement une étude scientifique, selon les modalités définies par le groupe d'experts, portant notamment sur :

- l'évolution des données démographiques et épidémiologiques ;
- l'évolution des facteurs cliniques et biologiques ;
- l'émergence éventuelle de certaines pathologies ;
- l'évolution des complications pour la population des patients pris en charge par les centres de référence conventionnés.

Sur base de cette étude, il établit annuellement :

- Un rapport public, comprenant des statistiques globales (où ni les patients, ni les centres ne sont identifiables), ainsi qu'une analyse de ces statistiques. Ce rapport doit de permettre aux centres de référence, aux instances de l'I.N.A.M.I. et à toute personne concernée par la matière, d'avoir une vue d'ensemble du secteur, notamment sur les points mentionnés ci-dessus, et de prendre les décisions appropriées.
- Un profil de chaque établissement qui est envoyé uniquement au centre décrit par ce profil, afin de lui permettre de comparer sa population et ses résultats à la population et aux résultats globaux, repris dans le rapport annuel public.

**§ 4.** La gestion de cette cohorte est assurée par une instance de gestion, nommée *Groupe d'experts*. Celle-ci est présidée par un membre de l'Institut scientifique de Santé publique ; elle est composée comme suit :

- 2 représentants de l'Institut scientifique de Santé publique ;
- 1 ou 2 représentants de chaque centre conventionné, selon le choix de chacun des centres ;
- 2 membres du Collège des médecins-directeurs.

Chaque représentant de l'ISP et des centres a une voix délibérative, les autres membres ont une voix consultative.

Les membres du groupe d'experts ne sont pas rémunérés. Ils ne sont pas directement ou indirectement attachés aux entreprises actives sur le plan du diagnostic ou du traitement du VIH/SIDA, ni aux fondations créées par ces entreprises. Ils s'engagent à déclarer tout conflit d'intérêt qu'ils rencontreraient dans l'exercice de leur mission.

Le fonctionnement de ce groupe d'experts et ses relations avec l'Institut scientifique de Santé publique sont définis dans un document signé par toutes les parties. Ce document précise les responsabilités de l'ISP en tant que « responsable du traitement », comme spécifié au § 5 du présent article.

**§ 5.** Le recueil, la conservation, la transmission et l'usage des données reprises dans la cohorte VIH/SIDA se conforment aux obligations légales et déontologiques relatives au respect du secret médical et à la

---

protection de la vie privée. Les données transmises et/ou utilisées à des fins d'analyse statistique sont toujours anonymisées préalablement à leur transmission et analyse.

L'ISP assume le rôle de « responsable du traitement », au sens de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel. Il prend toutes les mesures utiles en vue du respect de cette loi.

**§ 6.** La conception, la mise à jour et l'étude scientifique de la cohorte sont financées par l'I.N.A.M.I. qui verse à l'ISP le montant annuel fixé par la convention conclue à cet effet entre l'I.N.A.M.I. et l'ISP.

**§ 7.** Si le Service des soins de santé est informé, par le biais d'une lettre recommandée émanant de l'Institut scientifique de Santé publique, que l'établissement ne transmet pas les données prévues, ou ne les transmet pas de la manière convenue et/ou dans les délais prévus, les paiements par les organismes assureurs des prestations prévues dans le cadre de la présente convention sont suspendus d'office, jusqu'à ce que l'établissement se conforme à ses obligations, à condition que l'établissement ait eu l'occasion d'expliquer par écrit au Service des soins de santé de l'I.N.A.M.I. les raisons pour lesquelles il n'a pas satisfait à ses obligations.

**§ 8.** Si l'établissement qui a conclu la présente convention réalise les activités prévues dans le cadre de la présente convention sur un autre site que le siège principal, cet autre site est également tenu de participer à cette initiative et transmet pour ce faire toutes les données utiles en cette matière à l'établissement qui a signé la présente convention. L'établissement transmettra alors l'ensemble des données (les données de l'établissement et les données du site de l'établissement) à l'ISP.

## **DISPOSITIONS GENERALES**

### **Article 22.**

Afin de garantir la qualité de la prise en charge, l'établissement s'engage à donner un exemplaire de cette convention à chaque membre de sa propre équipe multidisciplinaire et aux membres de l'équipe active au sein d'une éventuelle antenne locale. A cet effet, l'établissement conserve les accusés de réception signés par le personnel et les tient à la disposition du Service des soins de santé de l'I.N.A.M.I..

### **Article 23.**

L'établissement s'engage à fournir au Service des soins de santé de l'I.N.A.M.I. ou au médecin-conseil de l'organisme assureur, toute information demandée sur le plan thérapeutique et - en ce qui concerne exclusivement le Service des soins de santé - sur le plan financier ou relative à la gestion générale des conventions.

L'établissement s'engage également à permettre à tout délégué de l'I.N.A.M.I. ou des organismes assureurs d'effectuer les visites qu'il juge utiles à cette fin.

## **ENREGISTREMENT RIGOUREUX DES ACTIVITES**

### **Article 24.**

---

§ 1. Pendant toute la période de validité de la présente convention (soit pour une période de 2 ans), les Centres de référence doivent enregistrer de manière rigoureuse les activités qu'ils réalisent dans le cadre de la présente convention.

Cet enregistrement doit pouvoir démontrer suffisamment à quoi ont été utilisées les ressources disponibles qu'ils perçoivent par le biais de la présente convention et doit pouvoir démontrer également que ces ressources sont absolument nécessaires à la mise en place d'un programme dont peuvent bénéficier les patients visés par la présente convention.

§ 2. Cet enregistrement doit être réalisé de manière uniforme par les Centres de référence et doit contenir au minimum les données suivantes :

• Données relatives au travail avec les patients assurés qui n'ont été suivis que par les médecins (suivi monodisciplinaire) :

- Nombre de patients en suivi exclusivement monodisciplinaire au sein de l'établissement ;
- Durée de travail investi pour ces patients ;
- Contenu du travail pour ces patients ;
- Etc.

• Données relatives au travail direct avec les patients assurés en suivi multidisciplinaire :

- Disciplines concernées par patient ;
- Durée de ces contacts par discipline par patient ;
- La mention qu'il s'agit d'une consultation monodisciplinaire ou co-consultation avec mention des disciplines concernées et du temps des consultations ;
- Etc.

• Données relatives au travail indirect (en dehors du patient) des patients assurés en suivi multidisciplinaire :

- Qui réalise le travail indirect ?
- Quelles tâches sont réalisées ?
- Durée de ces tâches
- Etc.

• Données relatives au travail multidisciplinaire / Travail en réseau des patients assurés en suivi multidisciplinaire :

- Organisation de réunion d'équipe : A quelle fréquence et avec quel membre de l'équipe ?
  - Points à l'ordre du jour des réunions d'équipe
  - Concertation avec d'autres Services ? Quelles sont les démarches entreprises et combien de temps prennent ces démarches ?
  - Concertation avec la première ligne ? Quelles sont les démarches entreprises et combien de temps prennent ces démarches ?
  - Etc.
-

• Données relatives au suivi des patients non assurés :

- Quel est le statut des patients non assurés ?
- Quelles tâches sont réalisées pour ces patients ?
- Durée des contacts par discipline pour ces patients ;
- Etc.

• Données relatives au contenu du travail par discipline :

Les données qui doivent être transmises doivent permettre de rendre compte des tâches effectuées concrètement par les différentes disciplines.

• Données relatives à l'application éventuelle de la convention sur d'autres sites :

- Sur quel(s) site(s) sont réalisées les activités conventionnelles ?
- Quel est le nombre de patients pris en charge au sein des autres sites ?
- Comment s'organise concrètement le travail au sein de(s) l'autre(s) site(s) ?
- A quelle fréquence sont organisées les réunions d'équipe (au sein de(s) l'autre(s) site(s) et avec l'équipe du siège principal) ?
- Etc.

• Données relatives aux résultats de la prise en charge des patients dans le cadre de la présente convention (« qualité du travail ») :

Dans cette optique, il doit être démontré, sur la base d'indicateurs à déterminer, en quoi la prise en charge au sein d'un Centre de référence spécialisé apporte une plus-value pour les patients ; quelles différences cela peut représenter pour le patient d'être suivi au sein d'un centre de référence ; en quoi cette prise en charge est-elle bénéfique pour les patients, etc.

**§ 3.** Cet enregistrement rigoureux des activités peut être réalisé en partie en concertation avec l'Institut Scientifique de santé Publique qui organise le peer review dont il est question à l'article 21 de la présente convention.

**§ 4.** Les établissements sont tenus d'élaborer une proposition commune d'enregistrement qui concrétise la mise en œuvre des dispositions contenues dans le présent article. Cette proposition sera soumise au Collège des médecins-directeurs endéans les 3 mois qui suivent l'entrée en vigueur de la présente convention.

Le Collège des médecins-directeurs examinera si la proposition des établissements répond effectivement aux attentes du présent article. Dans le cas où le Collège des médecins-directeurs est d'avis que la proposition ne répond pas à ses attentes, les établissements adapteront leur proposition en tenant compte des remarques qu'il a formulées. Des adaptations seront demandées par le Collège aussi longtemps que la proposition des établissements ne répond pas aux attentes.

## **EVALUATION INTERMEDIAIRE**

### **Article 25.**

---

Bien que la présente convention soit valable pour une durée déterminée de 2 ans conformément aux dispositions du § 1<sup>er</sup> de l'article 27, une évaluation intermédiaire au bout d'une année d'entrée en vigueur de la présente convention doit être réalisée.

Cette évaluation aura pour but de faire le point sur l'état d'avancement du travail mené en conséquence des dispositions de l'article 24 de la présente convention.

Cette évaluation sera réalisée par le Collège des médecins-directeurs en collaboration avec les Centres de référence VIH/SIDA.

Si, sur base des éléments que constituera cette évaluation, le Collège des médecins-directeurs juge que l'avancement de la mise en application des dispositions de l'article 24 de la présente convention n'est pas satisfaisant, le Collège des médecins-directeurs pourra proposer au Comité de l'assurance de dénoncer la présente convention moyennant le respect des conditions fixées à l'article 27 § 2 de la présente convention et proposer au Comité de l'assurance de conclure une autre convention.

Si lors de cette évaluation, il ressort clairement que l'avancement de la mise en application des dispositions de l'article 24 de la présente convention est satisfaisant, le Collège des médecins-directeurs laissera continuer à courir la présente convention jusqu'à son terme.

Cette évaluation doit donc avoir lieu au plus tard un an après l'entrée en vigueur de la présente convention ; soit au plus tard pour le 31 juillet 2015.

#### **DISPOSITIONS TRANSITOIRES POUR L'ANNEE 2014**

##### **Article 26.**

**§ 1.** En tenant compte de la date d'entrée en vigueur de la présente convention et des montants des forfaits annuels applicables en 2014 avant et après cette date, le montant total des prestations remboursables par les organismes assureurs (sur base de la présente convention et de l'ancienne convention remplacée par la présente convention) et effectuées au cours de l'année 2014 est limité à ### euros pour cette année 2014. De ce montant, ## EUR sont indexables et ## EUR non indexables. La valeur pécuniaire totale de tous les forfaits de base et des forfaits majorés effectués en 2014 avant ou après la date d'entrée en vigueur de la présente convention et portés en compte aux organismes assureurs (quelle que soit la date de facturation) ne peut quoi qu'il en soit jamais être supérieure à ce montant qui doit être considéré comme l'enveloppe annuelle de l'établissement pour l'année 2014.

Les dispositions de l'article 12, §§ 2, 3 et 4 s'appliquent également sur cette enveloppe annuelle de l'année 2014.

L'établissement s'engage à ne pas dépasser, dans sa facturation aux organismes assureurs, cette enveloppe annuelle.

**§ 2.** Dans le cas où l'établissement qui a conclu la présente convention dépassait déjà, avant l'entrée en vigueur de la présente convention, l'enveloppe annuelle pour l'année 2014 mentionnée au § 1<sup>er</sup> du présent

---

article dans sa facturation aux organismes assureurs des prestations effectuées avant le 1<sup>er</sup> août 2014 pour des patients pris en charge dans le cadre de l'ancienne convention, l'établissement doit rembourser aux organismes assureurs concernés le montant de toutes les prestations qui ont été portées en compte au-delà de l'enveloppe annuelle de l'année 2014. Pour ce faire, il y a lieu de tenir compte de la date de facturation de ces prestations et donc de rembourser les dernières prestations facturées.

L'établissement est tenu d'effectuer les remboursements aux organismes assureurs concernées endéans les 3 mois qui suivent l'entrée en vigueur de la présente convention ; soit jusqu'au 31 octobre 2014.

**§ 3.** Sans préjudice des dispositions mentionnées au §§ 1 et 2 du présent article, pour les patients qui ont déjà bénéficié en 2014, avant l'entrée en vigueur de la présente convention (donc avant le 1<sup>er</sup> août 2014), de 2 interventions exigées dans le cadre de l'ancienne convention, peu importe que le forfait ait déjà été facturé ou non, et à condition que le médecin-conseil de l'organisme assureur auquel est affilié le patient reçoit, dans le cadre de la procédure visée à l'article 14, la demande individuelle de prise en charge pour l'année 2014 au plus tard le 31 août 2014, le forfait pour l'année 2014 est remboursable selon les modalités reprises dans l'ancienne convention (sur base du forfait d'application dans le cadre de l'ancienne convention). Dans ce cas, ce forfait compte pour l'enveloppe de l'année 2014.

Pour ces patients, la période suivante de prise en charge d'un an qui peut être accordée dans le cadre de la présente convention conformément aux dispositions de l'article 15 § 1<sup>er</sup> de la présente convention ne peut commencer à courir qu'à la date du premier contact de l'année 2015.

**§ 4.** Pour les patients qui n'ont bénéficié d'aucun contact en 2014, avant l'entrée en vigueur de la présente convention (donc avant le 1<sup>er</sup> août 2014), la période de prise en charge est fixée conformément aux dispositions de l'article 15 § 1<sup>er</sup> de la présente convention (début de la période de prise en charge = date du premier contact avec le patient).

Sans préjudice des dispositions mentionnées au §§ 1 et 2 du présent article, le forfait fixé en vertu des dispositions des articles 10 et 11 de la présente convention n'est remboursable dans le cadre de la présente convention que lorsque, sur au moins 2 jours différents, au moins 2 contacts en face à face (en présence du patient) d'une durée totale d'au minimum 1 heure ont été réalisés.

Ce forfait compte alors pour l'enveloppe relative à l'année 2014, si le 2<sup>ième</sup> contact a eu lieu durant l'année 2014 ou pour l'enveloppe relative à l'année 2015, si le 2<sup>ième</sup> contact a eu lieu en 2015.

**§ 5.** Pour les patients qui ont déjà bénéficié d'un seul contact en 2014, avant l'entrée en vigueur de la présente convention (donc avant le 1<sup>er</sup> août 2014), la date de début de la période de prise en charge dans le cadre de la présente convention correspond alors à la date de ce premier contact en 2014.

Sans préjudice des dispositions mentionnées au §§ 1 et 2 du présent article, le forfait fixé en vertu des dispositions des articles 10 et 11 de la présente convention n'est remboursable dans le cadre de la présente convention que lorsque, sur 2 jours différents, les 2 contacts en face à face (en présence du patient) d'une durée totale d'au minimum 1 heure ont été réalisés.

Ce forfait compte alors pour l'enveloppe relative à l'année 2014, si le 2<sup>ième</sup> contact a eu lieu durant l'année 2014 ou pour l'enveloppe 2015 si le 2<sup>ième</sup> contact a eu lieu pendant l'année 2015.

---

§ 6. Pour l'année 2014, seul un forfait est remboursable par patient et par an ; même pour les patients qui ont été suivis par plusieurs établissements qui ont signé la présente convention.

§ 7. Bien que le montant destiné à couvrir les frais occasionnés par la récolte des données organisée en collaboration avec l'Institut scientifique de santé Publique est encore inclu dans les forfaits pour les 7 premiers mois de l'année 2014 (avant l'entrée en vigueur de la présente convention), l'établissement ne doit plus verser ce montant à l'Institut scientifique de santé Publique pour les patients qui ont été suivis durant ces 7 premiers mois de l'année 2014 et qui répondent aux critères de l'ancienne convention (2 interventions obligatoires) durant cette période de l'année. Sans préjudice des dispositions mentionnées au § 2 du présent article, l'établissement peut donc conserver la totalité du montant du forfait qu'il porte en compte aux organismes assureurs des patients concernés. Toutefois, la totalité du montant de ces forfaits compte pour l'enveloppe relative à l'année 2014.

### **DUREE DE VALIDITE**

#### **Article 27.**

§ 1. La présente convention, faite en deux exemplaires et dûment signée par les deux parties, entre en vigueur le **1<sup>er</sup> août 2014** et est conclue pour une durée déterminée de 2 ans ; soit jusqu'au 31 juillet 2016.

Elle a pour effet d'annuler - à partir du 1<sup>er</sup> août 2014 - la convention en matière de SIDA conclue le ### entre le Comité de l'assurance soins de santé de l'I.N.A.M.I et l'établissement dont il est question dans la présente convention.

§ 2. Une des parties peut toutefois à tout moment dénoncer la convention par lettre recommandée à la poste adressée à l'autre partie, moyennant le respect d'un délai de préavis de trois mois qui prend cours le premier jour du mois suivant la date d'envoi à la poste de la lettre recommandée.

§ 3. Les annexes à la présente convention font partie intégrante de celle-ci mais ne changent rien à ses dispositions proprement dites. Les annexes sont les suivantes :

- ✘ Annexe 1 A : Exemple d'application des dispositions conventionnelles (article 5 § 2)
  - ✘ Annexe 1 B : Exemple de progression du temps de travail dans le cadre de la convention (article 5 § 4)
  - ✘ Annexe 2 : Exemple d'application des dispositions conventionnelles (article 10 § 2)
  - ✘ Annexe 3 : Détails du calcul du montant des prestations conventionnelles
  - ✘ Annexe 4 : Protocole pour la fixation de l'enveloppe annuelle par Centre
  - ✘ Annexe 5 : Formulaire de demande de prise en charge
-

POUR LE POUVOIR ORGANISATEUR  
DU CENTRE DE REFERENCE,

Le Gestionnaire,

POUR L'EQUIPE DE REEDUCATION  
MULTIDISCIPLINAIRE,

Le Médecin-responsable,

POUR LE COMITE DE L'ASSURANCE  
SOINS DE SANTE DE L'INSTITUT  
NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE :

Bruxelles, le

Le Fonctionnaire dirigeant,

H. DE RIDDER  
Directeur général.

---

ANNEXE I A.Hypothèse de départ.:

Pour l'année y, le Centre de référence a suivi au total 340 patients :

- Pour 320 patients, un forfait de base a été porté en compte ;
- Pour 20 patients, un forfait majoré a été porté en compte.

Encadrement nécessaire pour le forfait de base.:

Forfait de base			Forfait de base
Norme du personnel <b>250</b> patients			Norme du personnel <b>320</b> patients
Fonction	Nombre ETP par 250 patients	Heures par patient par année	Nombre ETP pour 320 patients
Médecin	0,10710	0,7	0,13709
Licencié en psychologie	0,38250	2,5	0,48960
Graduat (Diététicien, infirmier social ou assistant social, infirmier)	1,40759	9,2	1,80171
Secrétariat	0,25096	1,6403	0,32123
<b>Total</b>	<b>2,14815</b>	<b>14,0403</b>	<b>2,74963</b>

### Encadrement nécessaire pour le forfait majoré :

Forfait majoré			Forfait majoré
Norme du personnel <b>250</b> patients			Norme du personnel <b>20</b> patients
Fonction	Nombre ETP par 250 patients	Heures par patient par année	Nombre ETP pour 20 patients
Médecin	0,16065	1,05	0,01285
Licencié en psychologie	0,57375	3,75	0,04590
Graduat (Diététicien, infirmier social ou assistant social, infirmier)	2,11138	13,8	0,16891
Secrétariat	0,37645	2,46045	0,03012
<b>Total</b>	<b>3,22</b>	<b>21,06045</b>	<b>0,25778</b>

### Encadrement total nécessaire :

Forfait de base : 2,74963 ETP

Forfait majoré : 0,25778 ETP

TOTAL : 3,00741 ETP pour accompagner les 340 patients suivis dans le Centre de référence pour l'année y.

ANNEXE I B.

Forfait de base									
Norme du personnel <b>250</b> patients			Application de la norme en fonction du nombre de patients suivis : Nombre d'ETP						
Fonction	Nombre ETP par 250 patients	Heures par patient par année	300 patients	350 patients	400 patients	450 patients	500 patients	1000 patients	2000 patients
Médecin	0,10710	0,7	0,12852	0,14994	0,17136	0,19278	0,21420	0,42840	0,85679
Licencié en psychologie	0,38250	2,5	0,45900	0,53550	0,61200	0,68849	0,76499	1,52999	3,05998
Graduat (Diététicien, infirmier social ou assistant social, infirmier)	1,40759	9,2	1,68911	1,97062	2,25214	2,53366	2,81518	5,63035	11,26071
Secr.	0,25096	1,6403	0,30116	0,35135	0,40154	0,45174	0,50193	1,00386	2,00771
<b>Total</b>	<b>2,14815</b>	<b>14,0403</b>	<b>2,57778</b>	<b>3,00741</b>	<b>3,43704</b>	<b>3,86667</b>	<b>4,29630</b>	<b>8,59259</b>	<b>17,18519</b>

Il s'agit de chiffres indicatifs. L'encadrement doit toujours être adapté en fonction du nombre de patients qu'un Centre de référence suit. Des adaptations de l'encadrement peuvent donc également être nécessaires dans le cas où un Centre de référence suit par exemple 800 patients, 1.250 patients, 1.500 patients, etc. (situations non abordées dans le tableau ci-dessus).

Forfait majoré								
Norme du personnel 250 patients			Application de la norme en fonction du nombre de patients suivis : Nombre d'ETP					
Fonction	Nombre ETP par 250 patients	Heures par patient par année	25 patients	50 patients	75 patients	100 patients	125 patients	150 patients
Médecin	0,16065	1,05	0,01606	0,03213	0,03442	0,06426	0,08032	0,09639
Licencié en psychologie	0,57375	3,75	0,05737	0,11475	0,12295	0,22950	0,28687	0,34425
Graduat (Diététicien, infirmier social ou assistant social, infirmier)	2,11138	13,8	0,21114	0,42228	0,45244	0,84455	0,05569	1,26683
Secr.	0,37645	2,46045	0,03764	0,07529	0,08067	0,15058	0,18822	0,22587
<b>Total</b>	<b>3,22</b>	<b>21,06045</b>	<b>0,32222</b>	<b>0,64444</b>	<b>0,69048</b>	<b>1,28889</b>	<b>1,6111</b>	<b>1,9333</b>

Il s'agit de chiffres indicatifs. L'encadrement doit toujours être adapté en fonction du nombre de patients qu'un Centre de référence suit. Des adaptations de l'encadrement peuvent donc également être nécessaires dans le cas où un Centre de référence suit par exemple 80 patients, 100 patients, 120 patients, etc. (situations non abordées dans le tableau ci-dessus).

## ANNEXE II

### **Exemple d'application de certaines dispositions de la convention**

L'exemple ci-dessous vise à illustrer l'application de l'article 10 § 2 de la convention. Il a valeur de règle interprétative de ces dispositions.

#### Exemple d'application de l'article 10 § 2 :

Un bénéficiaire rencontre une première fois un membre de l'équipe multidisciplinaire du centre, dans le cadre d'un programme de rééducation fonctionnelle, le 15.04.2015. Durant la période d'un an qui suit, le membre de l'équipe a au moins 2 contacts en face à face d'un total minimal d'une heure avec le bénéficiaire. On considère alors que la réalisation de cette première prestation s'étend du 15.04.2015 au 14.04.2016 inclus.

Si durant la période d'un an qui suit cette première période, le membre de l'équipe a au moins 2 contacts face à face d'un total minimal d'une heure avec le bénéficiaire, une nouvelle prestation est facturable. On considère, par convention, qu'elle débute le 15.04.2016 et qu'elle s'achève le 14.04.2017, quelles que soient les dates des contacts.

Si ensuite, le membre de l'équipe **n'a pas** au moins 2 contacts en face à face avec le bénéficiaire d'un total minimal d'une heure au cours d'une période d'un an, la prestation suivante débutera à la date du premier contact original en face à face (15.04) et durera pour une période d'un an dans le cas où 2 contacts d'au minimum 1 heure au total ont été effectués durant l'année considérée, quelles que soit les dates des contacts.

---

### ANNEXE III

#### Calcul du coût de l'encadrement dans le cadre de la convention

Le calcul est basé sur :

1. Une ancienneté (forfaitaire) de 15 ans pour tous les membres de l'équipe ;
2. Les frais du personnel calculés sur base des barèmes applicables aux hôpitaux de la Commission paritaire 330 sauf pour le médecin (cf. point 3 ci-après) ;
3. Pour le médecin, barème Médecin-conseil auprès d'un organisme assureur ;
4. Pas d'heure irrégulière, pas de supplément de fonction pour le chef de service, pas de diminution de prestation de travail dans le cadre de la problématique de la fin de carrière ;
5. 10% du salaire brut mensuel supplémentaire pour l'indemnité de coordination pour le médecin ;
6. Frais généraux = 10% du montant total de la prestation.

La dispense de prestations de travail dans le cadre de la problématique de fin de carrière n'est pas prise en considération. Un autre régime de financement est prévu à cet effet. Si certains membres de l'équipe bénéficient d'une telle dispense des prestations de travail, elle doit être compensée par un recrutement de personnel supplémentaire (dans le même ordre de grandeur).

---

**A. FORFAIT ANNUEL DE BASE**

	Heures/Patient/An	Cadre du personnel prévu pour 250 patients (heures)	Cadre du personnel prévu pour 250 patients (ETP)	Coût salarial annuel pour 1 ETP	Coût annuel prévu pour 250 patients
Médecin	0,7	175	0,10710	156.731,42 €	16.785,80 €
Assistant social ou infirmier social	3,5	875	0,53550	59.192,31 €	31.697,23 €
Infirmier	4,5	1125	0,68849	59.192,31 €	40.753,58 €
Diététicien	1,2	300	0,18360	59.192,31 €	10.867,62 €
Psychologue	2,5	625	0,38250	74.898,49 €	28.648,44 €
Secrétariat administratif	1,6403	410,075	0,25096	47.102,97 €	11.821,14 €
<b>TOTAL</b>	<b>14,0403</b>	<b>3510,075</b>	<b>2,14815</b>	<b>456.309,83 €</b>	<b>140.573,82 €</b>

Le total annuel des frais induits par la convention s'élève à, pour 250 patients, 140.573,82 € (frais de personnel) auxquels sont ajoutés les frais généraux d'un montant de 15.619,31 €. Le total annuel s'élève donc à 156.193,14 €.

Soit un montant annuel par patient et par prestation de **624,77 €** (montant lié à l'indice pivot 119,62) :

→ dont une partie indexable de : 603,94 €

→ dont une partie non indexable de : 20,83 €

**B. FORFAIT ANNUEL MAJORE**

	Heures/Patient/An	Cadre du personnel prévu pour 250 patients (heures)	Cadre du personnel prévu pour 250 patients (ETP)	Coût salarial annuel pour 1 ETP	Coût annuel prévu pour 250 patients
Médecin	1,05	262,5	0,16065	156.731,42 €	25.178,70 €
Assistant social ou infirmier social	5,25	1312,5	0,80324	59.192,31 €	47.545,85 €
Infirmier	6,75	1687,5	1,03274	59.192,31 €	61.130,37 €
Diététicien	1,80	450	0,27540	59.192,31 €	16.301,43 €
Psychologue	3,75	937,5	0,57375	74.898,49 €	42.972,67 €
Secrétariat administratif	2,46	615,1125	0,37645	47.102,97 €	17.731,72 €
<b>TOTAL</b>	<b>21,06045</b>	<b>5265,1125</b>	<b>3,22222</b>	<b>456.309,83 €</b>	<b>210.860,74 €</b>

Le total annuel des frais induits par la convention s'élève à, pour 250 patients, 210.860,74 € (frais de personnel) auxquels sont ajoutés les frais généraux d'un montant de 23.428,97 €. Le total annuel s'élève donc à 234.289,71 €.

Soit un montant par prestation de **937,16 €** (montant lié à l'indice pivot 119,62) :

- dont une partie indexable de : 905,92 €
- dont une partie non indexable de : 31,24 €

ANNEXE IV

## Protocole pour la fixation de l'enveloppe annuelle : Centres de référence existants

L'article 12 de la convention prévoit que l'établissement ne peut attester aux organismes assureurs les prestations prévues dans le cadre de la convention que dans les limites d'une enveloppe budgétaire que l'établissement ne peut pas dépasser. L'article 26 prévoit une enveloppe spécifique pour 2014.

Ces enveloppes budgétaires ont été calculées sur base des principes suivants :

### **Pour l'enveloppe 2014 :**

1) Le nombre de patients suivis dans le cadre de la convention VIH/SIDA conclue avec l'établissement

Ces nombres ont été déduits des chiffres de production 2013 qui ont été envoyés par les établissements conformément aux dispositions en vigueur.

2) Le nombre de patients dont il est question dans le premier point a ensuite été divisé par le nombre total de patients VIH/SIDA suivi par l'ensemble des établissements déjà existants ayant conclu la convention VIH/SIDA (nombre total déduit également des chiffres de production).

Ainsi, une proportion du nombre de patients VIH/SIDA par Centre par rapport au nombre total de patients VIH/SIDA de tous les Centres a pu être établie.

3) Le budget disponible a été calculé comme suit :

Dépenses pour l'ensemble des Centres de référence VIH/SIDA déjà existants sur base des dépenses comptabilisées de 2013 =

7.942.085,84 EUR auquel a été retiré le montant destiné à l'enregistrement puisqu'un contrat direct sera établi entre l'INAMI et l'ISP conformément aux dispositions de l'article 21 § 6 de la convention = (10.190 patients conformément aux dépenses comptabilisées X 10,57 EUR) = 107.708,3 EUR

⇒ 7.942.085,84 EUR – 107.708,3 EUR = **7.834.377,54 EUR**

Etant donné que la date d'entrée en vigueur de la convention est fixée au 1<sup>er</sup> août 2014, que dès lors les 7 premiers mois de l'année sont encore couverts par l'ancienne convention (du 1<sup>er</sup> janvier 2014 au 31 juillet 2014) et que les 5 derniers mois de l'année (du 1<sup>er</sup> août 2014 au 31 décembre 2014) tombent sous les dispositions de la nouvelle convention (avec diminution du forfait de 20% et introduction d'une enveloppe annuelle), l'on peut calculer le budget disponible comme suit :

**(7.834.377,54 EUR/12)\*7 (= 4.570.053,57 €)**  
**+ ((7.834.377,54 EUR/12)\*5) – 20% (= 2.611.459,18 €)**  
**= 7.181.512,75 €**

<b>Le budget disponible à répartir entre les Centres de référence déjà existants est donc de 7.181.512,75 €</b>
---

Le budget disponible de 7.181.512,75 EUR pour l'ensemble des établissements déjà existants qui offrent une prise en charge pour les patients VIH/SIDA a ensuite été réparti par Centre en fonction de la proportion de patients VIH/SIDA dont il est question dans le point 2) de la présente annexe.

\*\*

Sur base des chiffres de production 2013, votre Centre a suivi ## patients VIH/SIDA dans le cadre de la convention. Vu le nombre total de patients VIH/SIDA suivis par l'ensemble des Centres disposant de la convention VIH/SIDA (## patients), votre enveloppe annuelle est fixée à ##### EUR.

### **Pour l'enveloppe à partir de 2015 :**

1) Le nombre de patients suivis dans le cadre de la convention VIH/SIDA conclue avec l'établissement

Ces nombres de patients ont été déduits des chiffres de production 2013 qui ont été envoyés par l'établissement conformément aux dispositions en vigueur.

2) Le nombre de patients dont il est question dans le premier point a ensuite été divisé par le nombre total de patients VIH/SIDA suivi par l'ensemble des établissements déjà existants ayant conclu la convention VIH/SIDA (nombre total déduit également des chiffres de production).

Ainsi, une proportion du nombre de patients VIH/SIDA par Centre par rapport au nombre total de patients VIH/SIDA de tous les Centres a pu être établie.

3) Le budget disponible a été calculé comme suit :

Dépenses pour l'ensemble des Centres de référence VIH/SIDA sur base des dépenses comptabilisées de 2013 =

7.942.085,84 EUR auquel a été retiré le montant destiné à l'enregistrement puisqu'un contrat direct sera établi entre l'INAMI et l'ISP conformément aux dispositions de l'article 21 § 6 de la convention = (10.190 patients conformément aux dépenses comptabilisées X 10,57 EUR) = 107.708,3 EUR

⇒ 7.942.085,84 EUR – 107.708,3 EUR = 7.834.377,54 EUR

<b>Diminution de 20% de cette enveloppe totale : Soit 7.834.377,54 EUR – 20% = 6.267.502,03 EUR</b>
---

Le budget disponible de 6.267.502,03 EUR pour l'ensemble des établissements qui offrent une prise en charge pour les patients VIH/SIDA a ensuite été réparti par Centre en fonction de la proportion de patients VIH/SIDA dont il est question dans le point 2) de la présente annexe.

\*\*

Sur base des chiffres de production 2013, votre Centre a suivi ## patients VIH/SIDA dans le cadre de la convention. Vu le nombre total de patients VIH/SIDA suivis par l'ensemble des Centres disposant de la convention VIH/SIDA (## patients), votre enveloppe annuelle est fixée à ##### EUR.

ANNEXE V

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'INTERVENTION DE L'ORGANISME ASSUREUR  
DANS LE COUT DU SUIVI PAR UN CENTRE DE REFERENCE MEDICO-PSYCHO-SOCIAL**

Ce présent formulaire vise à introduire auprès de l'organisme assureur (= mutualité) du bénéficiaire une demande d'intervention dans le coût des prestations prévues dans le cadre de la convention avec les Centres de référence médico-psycho-sociaux.

Cette procédure est régie par l'article 23 § 1 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

---

**A REMPLIR PAR LE BENEFICIAIRE FAISANT PARTIE DU GROUPE CIBLE DE LA CONVENTION**

**Identification du bénéficiaire (à remplir si vous ne disposez pas d'une vignette délivrée par l'organisme assureur/mutualité) ou collez une vignette**

Nom-Prénom : .....

Numéro d'identification à la sécurité sociale belge (NISS ou numéro de registre national :  
.....

Date de naissance : .... / .... / .....

**Identification du Centre de référence médico-psycho-social :**

Nom et adresse :

.....

.....

.....

**Demande d'intervention dans l'accompagnement multidisciplinaire :**

Je demande une intervention de l'assurance soins de santé (= ma mutualité) dans l'accompagnement multidisciplinaire mis en place par le Centre de référence médico-psycho-social mentionné ci-dessus. Cette demande vaut pour une période d'un an. A la fin de cette période d'un an, je déciderai si je souhaite renouveler cette période.

Je déclare avoir été clairement informé du fait que l'accompagnement multidisciplinaire dont question ci-avant peut comprendre – en plus du suivi par un médecin-spécialiste du Centre - les interventions de praticien de l'art infirmier, de psychologue, d'assistant social, de diététicien, etc., si leur intervention est indiquée au cours du suivi.

Je déclare avoir été informé du fait qu'un suivi par le médecin spécialiste du Centre (sans intervention, d'un psychologue, d'un assistant social, d'un diététicien) est également possible. Dans ce cas, je ne dois pas signer la présente demande d'intervention. Le suivi par le Centre se limitera alors aux examens et conseils médicaux, sans accompagnement et soutien psychosociaux. Si je décide de ne pas signer actuellement la présente demande d'intervention, je pourrai quand même à l'avenir introduire une demande d'accompagnement multidisciplinaire (même dans le cas où je n'ai pas renouvelé à un certain moment la période d'accompagnement multidisciplinaire).

### **Demande d'intervention dans mes frais de déplacement**

Je suis bien informé du fait qu'une intervention dans les frais de déplacements n'est possible que pour les déplacements dans un véhicule adapté au transport dans une voiturette d'invalidé, effectués en direction et en provenance du Centre de référence, dans le cadre de l'accompagnement multidisciplinaire visé dans le cadre de la convention.

Je demande une intervention dans les frais de déplacement

Dans ce cas, je joins obligatoirement au présent formulaire un certificat médical motivé démontrant que je ne peux effectuer les déplacements en direction et en provenance du Centre de référence en raison de la nature et de la gravité de ma pathologie que dans ma voiturette d'invalidé.

Je ne demande pas une intervention dans mes frais de déplacement

Date de la demande : ..../.../.....

Signature du bénéficiaire :

(si un représentant légal remplit et signe la présente demande, indiquer son nom, sa relation par rapport à vous et sa résidence principale : commune, rue et numéro)

<b>Réservé au Médecin-conseil</b>
-----------------------------------

Date de réception de la présente demande  
par le médecin-conseil : .../.../.....

Décision :

Favorable

Défavorable :

Motivation :

.....  
.....

Autre :

.....  
.....  
.....

**RAPPORT MEDICAL A AJOUTER AU FORMULAIRE DE DEMANDE D'INTERVENTION  
DE L'ORGANISME ASSUREUR DANS LE COÛT DU SUIVI PAR UN CENTRE DE REFERENCE MEDICO-  
PSYCHO-SOCIAL**

**A REMPLIR PAR LE CENTRE DE REFERENCE MEDICO-PSYCHO-SOCIAL**

**I. Identification du bénéficiaire :**

**Identification du bénéficiaire (à remplir si le bénéficiaire ne dispose pas d'une vignette délivrée par l'organisme assureur) ou coller une vignette**

Nom-Prénom : .....

Numéro d'identification à la sécurité sociale belge (NISS ou numéro de registre national :  
.....

Date de naissance : .... /.... / .....

**II. Données médicales relatives au bénéficiaire :**

Le médecin de l'équipe confirme que le bénéficiaire fait partie du groupe suivant (cochez la /les case(s) correspondante(s)) :

- Femme enceinte porteuse du VIH ou atteinte du SIDA
- Nourrisson né de mère séropositive, qui en est toujours au stade de l'incertitude diagnostique
- Porteur VIH faisait partie du groupe suivant :
- bénéficiaire au sujet duquel le diagnostic vient d'être posé;
  - bénéficiaire chez qui l'observance de la thérapie est menacée;
  - bénéficiaire qui présente un risque de causer - soit à lui-même soit à des tiers - des dommages (évitables) ou qui présente un risque de décompensation psychiatrique;
  - bénéficiaire confronté à un problème scolaire, professionnel, familial ou affectif en rapport avec sa séropositivité;
  - toxicomane.
- Bénéficiaire atteint du SIDA
- Enfant séronégatif de moins de 4 ans né de mère séropositive pour lequel demeure toujours une inconnue quant aux effets secondaires éventuels des traitements antirétroviraux auxquels il a été exposé in utero

**III. Identification du Centre de référence :**

Numéro d'identification : .....

Nom et adresse :

.....

.....  
 Nom et numéro de téléphone de la personne de contact :  
 .....  
 .....

#### IV. Début de la prise en charge demandée dans le cadre de la convention

Pour le bénéficiaire, la date de début<sup>1</sup> de la prise en charge dans le cadre de la convention est la suivante :  
 ..../..../.....

~~Pour les nouvelles demandes :~~

Date du premier contact : ..../..../..... (correspond à la date de début de la période demandée)

La/les discipline(s) impliqué(es) par ce(s) contact(s) : .....

Durée de(s) contact(s) avec cette/ces discipline(s) : .....

Date du deuxième contact : ..../..../.....

La/les discipline(s) impliqué(es) par ce(s) contact(s) : .....

Durée de(s) contact(s) avec cette/ces discipline(s) : .....

~~Pour les demandes de prolongation :~~

Date du premier contact : ..../..../.....

La/les discipline(s) impliqué(es) par ce(s) contact(s) : .....

Durée de(s) contact(s) avec cette/ces discipline(s) : .....

Date du deuxième contact : ..../..../.....

La/les discipline(s) impliqué(es) par ce(s) contact(s) : .....

Durée de(s) contact(s) avec cette/ces discipline(s) : .....

#### V. Date de fin de la prise en charge demandée dans le cadre de la convention

La date de fin de la période de prise en charge est fixée au jour X-1 du mois qui fixe le début de la prise en charge originale + 1 ans ou + 2 ans ou + 3 ans, etc., soit jusqu'au ..../..../.....

---

<sup>1</sup> Par date de début, il est entendu la date du premier contact en face à face entre le patient et l'équipe s'il s'agit d'un nouveau patient. Cette date de début est considérée comme la date de début originale qui sera prise en considération pour les demandes d'intervention ultérieures.

---

Nom, date et signature du **médecin de l'équipe conventionnée**:

Nom :

.....

Date : .... / .... / .....

Signature :

A rectangular box with a thin black border, intended for a signature. It is positioned to the right of the 'Signature :' label.

# INAMI

Institut National d'Assurance Maladie • Invalidité

«Identificatienummer\_RIZIV»  
«Benaming\_ziekenhuis»  
«Benaming\_dienst»  
«Beheerders»  
«Verantwoordelijke\_geneesheren»  
«Straat\_Nr»  
«Postcode\_Stad»

## SERVICE DES SOINS DE SANTE

**Correspondant :** FRANKEN Céline  
Attaché  
**Tél :** 02/739.73.90 **Fax :** 02/739.73.52  
**E-mail :** celine.franken@inami.fgov.be  
**Nos réf.:** 1830/ CF/2014/SIDA

Bruxelles,

Madame,  
Monsieur,

### Concerne : Nouvelle convention VIH/SIDA

Le Comité de l'assurance a approuvé, en sa séance du 28 juillet 2014, le texte de la nouvelle convention VIH/SIDA à conclure avec les Centres de référence VIH/SIDA. Cette convention entre en vigueur à la date 1er août 2014 et est valable pour une durée déterminée de 2 ans (soit jusqu'au 31 juillet 2016).

Il vous est demandé de nous renvoyer signés les deux exemplaires de la convention que vous trouverez **en annexe 1** de la présente lettre le plus rapidement possible. Nous vous prions de nous renvoyer les deux exemplaires signés par les personnes habilitées à cet effet. Un exemplaire, signé par les deux parties, vous sera ensuite transmis.

Les 2 exemplaires sont à renvoyer à l'adresse suivante :

INAMI  
Service des soins de santé  
Direction Etablissements et services de soins  
Section rééducation fonctionnelle  
Madame FRANKEN Céline  
Avenue de Tervueren 211  
1150 Bruxelles

**Ce n'est qu'une fois que vous aurez signé la convention que nous pourrons informer les organismes assureurs que votre établissement a conclu cette convention avec l'INAMI.** Il est, dès lors, dans l'intérêt de votre établissement de nous renvoyer les deux exemplaires signés de la convention le plus rapidement possible.

Si vous deviez constater que les conventions établies par nos soins contiennent des données erronées, p.ex. en ce qui concerne les dénominations du pouvoir organisateur ou de l'établissement hospitalier, vous pouvez corriger ces données à la main (en apposant toujours votre paraphe) ou, le cas échéant, nous communiquer vos corrections et nous demander de vous envoyer des exemplaires corrigés pour signature. **En ce qui concerne la signature de la convention, nous vous demandons de la faire signer par une ou plusieurs personnes compétentes pour conclure la convention au nom du**

**pouvoir organisateur de l'établissement, ainsi que par le médecin responsable de l'équipe multidisciplinaire du Centre de référence VIH/SIDA.**

Le numéro d'identification de la convention, attribué à votre établissement est le même numéro que celui actif dans le cadre de l'ancienne convention, soit pour votre établissement le numéro «**Identificatienummer\_RIZIV**». **Il est important que ce numéro soit mentionné sur toutes les lettres et tous les documents adressés aux organismes assureurs et/ou à l'INAMI.**

Toutes les demandes individuelles de remboursement du programme visé dans le cadre de la convention doivent être introduites au moyen du **formulaire de demande** figurant à l'**annexe 2**. Ce formulaire de demande fait également partie des annexes à la convention. Le formulaire doit toujours être signé par le patient. A ce formulaire, doit être joint un **rapport médical**. Vous trouverez également ce rapport médical en annexe 2 à la présente lettre. Vous trouverez le formulaire et le rapport médical sur la page SIDA de notre site, dans la rubrique suivante: Dispensateurs de soins / Etablissements et services de soins / Rééducation/SIDA.

ATTENTION : il s'agit de nouveaux formulaires à utiliser qui n'étaient pas d'application dans le cadre l'ancienne convention.

Conformément aux dispositions de l'article 14 § 4 de la convention, le **médecin-conseil** de l'organisme assureur du patient reste compétent pour passer un accord individuel, pour chaque patient séparément, concernant le remboursement du programme. La règle relative aux **demandes tardives** (cf. également l'article 14 § 1<sup>er</sup> de la convention) telle que définie à l'article 142, § 2, de l'arrêté royal susmentionné, est également d'application : le médecin-conseil doit donc toujours avoir reçu les demandes individuelles de remboursement des programmes dans les 30 jours qui suivent la période de 1 an accordée.

La période de prise en charge qui peut être accordée par le médecin-conseil ne peut pas excéder **12 mois** (cf. article 15 § 1<sup>er</sup>).

La **facturation** des prestations ne peut être opérée qu'après que le médecin-conseil ait donné un accord individuel pour l'intéressé. La décision est notifiée par le médecin-conseil de la mutualité concernée.

Étant donné que la convention prévoit que les forfaits (forfait de base et forfait majoré) peuvent être attestés tant pour les patients ambulatoires que pour les patients hospitalisés (année de prestation), 4 pseudo-codes sont liés à la convention. Les pseudo-codes sont, conjointement aux prix qui sont d'application aujourd'hui repris à l'**annexe 3** de la présente lettre.

ATTENTION : ces pseudocodes et prix diffèrent des pseudocodes et prix qui étaient d'application dans le cadre l'ancienne convention.

Sur base des dispositions de l'article 12 de la convention, à partir de 2015 votre établissement s'engage à ne pas dépasser l'enveloppe annuelle suivante dans sa facturation à tous les organismes assureurs confondus, pour toutes les prestations réalisées au cours d'une même année calendrier et attestées aux organismes assureurs : ##### EUR sur base annuelle.

En vertu des dispositions de l'article 26 de la convention, pour l'année 2014 spécifiquement, l'enveloppe annuelle a été fixée comme suit : ##### EUR.

L'article 17 de la convention stipule que l'établissement doit transmettre par trimestre les chiffres de production<sup>1</sup> au Service des soins de santé via une application informatique. Un mail qui contient toutes les instructions concernant les adaptations à réaliser au niveau de l'application informatique sera envoyée à la personne de contact suivante : .

<sup>1</sup> Il convient d'entendre par chiffres de production : le nombre de prestations réalisées au cours d'une période, multiplié par leurs prix. Les chiffres de production sont destinés à informer rapidement l'INAMI sur les dépenses que les activités de votre établissement (activités dans le cadre de la convention) généreront probablement. Dès qu'une prestation est réalisée (donc dès que les conditions de remboursement de la convention relative à cette prestation sont remplies), elle doit être reprise dans les chiffres de production, même si la prestation ne sera facturée qu'ultérieurement.

Je tiens à vous rappeler également qu'en vertu des dispositions de l'article 25 de la convention, votre établissement doit réaliser **une évaluation** de l'état d'avancement du travail mené en conséquence des dispositions de l'article 24 de la convention et ce, au plus tard pour le 31 juillet 2015.

J'attire votre attention également sur les dispositions de l'article 26 de la convention qui déterminent certaines **mesures transitoires spécifiques pour l'année 2014** dont il faut impérativement tenir compte.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués.

G. VERSCUREN,

Conseiller.