

I.N.A.M.I.

Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité

Soins de Santé

Circulaire OA n° 2019/55 du 8 février 2019

370/2133

En vigueur à partir du 1 janvier 2019 jusqu'au 31 décembre 2021

Nouvelle convention conclue avec les Centres de référence VIH (secteur 7.76.0) à partir du 1er janvier 2019.

Le Comité de l'assurance a approuvé le texte d'une nouvelle convention avec les Centres de référence VIH (Secteur 7.76.0).

Cette nouvelle convention, qui figure en **annexe 1** à la présente circulaire, entre en vigueur au **1^{er} janvier 2019 et termine ses effets au 31 décembre 2021**. L'ancienne convention était d'application jusqu'au 31 décembre 2018 inclus (cf. circulaires OA 2015/29 du 28/01/2015 – Rubrique 360/9 et 2018/192 du 5 juillet 2018 – rubrique 370/2068).

Les Centres de référence VIH déjà conventionnés avant le 1^{er} janvier 2019 maintiennent leur numéro d'identification de la convention qui était actif dans le cadre de la nouvelle convention.

Il s'agit des Centres suivants :

Numéro d'identification	Nom de l'hôpital	Rue et numéro	Code postal et Ville
7.76.003.94	Universitair Ziekenhuis Gent	De Pintelaan 185	9000 GENT
7.76.004.93	Universitair Ziekenhuis Leuven	Herestraat 49	3000 LEUVEN
7.76.005.92	Universitair Ziekenhuis Brussel	Laarbeeklaan 101	1090 BRUSSEL (JETTE)
7.76.006.91	Universitair Ziekenhuis Antwerpen	Nationalestraat 155	2000 ANTWERPEN
7.76.007.90	C.H.U. de Liège - Polycliniques L. Brull	Quai Godefroid Kurth, 45	4020 LIEGE
7.76.008.89	Cliniques Universitaires Saint-Luc	Avenue Hippocrate 10	1200 BRUXELLES (WOLUWE-SAINT-LAMBERT)
7.76.009.88	C.H.U. Saint-Pierre	Rue Haute 322	1000 BRUXELLES
7.76.010.87	CHU de Charleroi	Boulevard Zoé Drion 1	6000 CHARLEROI
7.76.011.86	Cliniques Universitaires de Bruxelles Hôpital Erasme - ULB Centre de référence	Route de Lennik, 808	1070 BRUXELLES (ANDERLECHT)
7.76.012.85	Centre Hospitalier Universitaire de Mont-Godinne	Avenue Docteur G. Thérasse, 1	5530 YVOIR
7.76.013.84	AZ St. Jan Brugge Oostende AV	Ruddershove 10	8000 BRUGGE

Le Comité de l'assurance a également approuvé la conclusion de la convention VIH avec un Centre de référence VIH supplémentaire à partir du 1^{er} janvier 2019 :

7.76.014.83	Jessa Ziekenhuis Hasselt	Salvatorstraat 20	3500 HASSELT
-------------	--------------------------	-------------------	--------------

**

Explications par rapport à la nouvelle convention d'application à partir du 1^{er} janvier 2019 :

Les modifications par rapport à la convention précédente 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**).

- Le groupe cible des patients visés par la convention (cf. article 2 de la convention – Point f)) a été étendu aux bénéficiaires porteurs du VIH ou atteints du SIDA depuis plus de 10 ans qui, entre temps, sont âgés de 50 ans ou plus et qui présentent des comorbidités liées à la maladie même et aux effets secondaires de la prise de médicaments contre le VIH/SIDA pendant une très longue période ; bénéficiaires dits « Long-term survivor ».
- L'INAMI doit tenir à jour une liste des médecins qui peuvent signer les rapports médicaux à annexer aux formulaires de demande d'intervention de l'assurance introduits dans le cadre de la convention et jouer un rôle dans le cadre du remboursement des médicaments dans le cas où cette réglementation attribue un rôle particulier aux médecins spécialistes des Centres de référence VIH. Les Centres de référence VIH ont jusqu'au 15 mars 2019 pour envoyer la liste de leurs médecins à l'INAMI. L'INAMI publiera donc cette liste à l'attention des organismes assureurs dès qu'elle aura été acceptée par le Collège des médecins-directeurs.

Les demandes que les organismes assureurs reçoivent des Centres de référence VIH avant qu'une liste des médecins n'ait été publiée doivent être traitées de la même manière qu'ils le faisaient dans le cadre de la précédente convention.

- L'article 10 définit les prestations remboursables et les conditions à remplir pour pouvoir porter en compte ces prestations.

3 types de forfait peuvent être portés en compte pour les patients faisant partie du groupe cible visé par l'article 2 de la convention :

- Un forfait annuel de base
- Un forfait annuel majoré
- Un forfait spécifique en cas de grossesse

Résumé des conditions à respecter par le Centre de référence VIH pour pouvoir introduire une demande d'intervention et par la suite porter en compte le forfait concerné à l'organisme assureur du bénéficiaire :

	Forfait de base	Forfait majoré	Forfait spécifique en cas de grossesse
Nombre de contacts en face à face exigés avec les thérapeutes non médicaux du Centre de référence VIH sur l'année considérée	2 contacts	4 contacts	4 contacts en tout
Durée totale de tous ces contacts exigés avec les thérapeutes non médicaux du Centre de référence VIH confondus	1 heure	2 heures	2 heures
Jours différents sur lesquels doivent être réalisés les contacts	2 jours	4 jours	4 jours
Nombre de consultation médicale exigée sur l'année considérée ¹	1	1 ou 2 (si enceinte)	Contact exigé en forfait de base : 1 + 2 (avec médecin ET gynéco) = 3 au total

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

	Pseudocodes	Prix de la prestation ²
Pour le forfait annuel de base Patient ambulatoire (Article 10 § 2)	787754	664,01 €
Pour le forfait annuel de base Patient hospitalisé (Article 10 § 2)	787765	664,01 €
Pour le forfait annuel majoré Patient ambulatoire (Article 10 § 3)	787776	996,02 €
Pour le forfait annuel majoré Patient hospitalisé (Article 10 § 3)	787780	996,02 €
Pour le forfait spécifique en cas de grossesse Patient ambulatoire (Article 10 § 4)	787975	332,01 €
Pour le forfait spécifique en cas de grossesse Patient hospitalisé (Article 10 § 4)	787986	332,01 €

Comme dans le cadre de l'ancienne convention, le forfait majoré n'est d'application que pour les patients faisant partie d'un des groupes à risque dont question à l'article 10 § 3 de la convention.

ATTENTION : Pour un patient qui entre en ligne de compte pour un forfait majoré dans le cadre de la convention VIH parce que ce patient fait partie d'un des groupes à risque visés à l'article 10 § 3, un forfait de base pourra malgré tout être facturé pour ce patient.

Pour pouvoir facturer le forfait spécifique en cas de grossesse, le Centre doit remplir les obligations qui sont mentionnées dans la convention (voir article 10 § 4).

¹ Le type de consultation médicale exigée dépend de l'âge et de la situation du patient (cf. les dispositions de l'article 10 de la convention).

² Montant lié à l'indice pivot des prix à la consommation (indice pivot 105,10 de septembre 2018 – Base 2013).

ATTENTION : pour ce forfait spécifique en cas de grossesse, le Centre de référence VIH ne DOIT PAS introduire de demande spécifique auprès du médecin-conseil. Pour autant que les conditions pour la facturation de ce forfait sont remplies, le Centre pourra le facturer DIRECTEMENT à l'organisme assureur du patient.

Sur base des dispositions de l'article 34 de la convention (dispositions transitoires), dans le cas où un bénéficiaire pour lequel un forfait de base a déjà été porté en compte à son organisme assureur avant la date d'entrée en vigueur de la nouvelle convention (avant le 01/01/2019), entame une grossesse dans la période d'un an couverte par ce forfait de base, un forfait supplémentaire en cas de grossesse ne peut être porté en compte que dans le cas où une partie de la période couverte par ce forfait de base se situe après le 1er janvier 2019 (date d'entrée en vigueur de la nouvelle convention) et uniquement si les conditions pour la facturation d'un tel forfait fixées par l'article 10 § 4 de la nouvelle convention sont respectées.

- Dans le cadre de la nouvelle convention :
 - **soit** un forfait annuel de 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)
 - **soit** un forfait annuel de base + un forfait spécifique en cas de grossesse (dans le cas où les conditions fixées à l'article 10 § 4 sont respectées)
- La nouvelle convention prévoit un programme spécifique qui n'existait pas dans le cadre de l'ancienne convention : Le programme spécifique de suivi pour les bénéficiaires sous traitement prophylactique pré-exposition (Programme PrEP).

Ne peuvent bénéficier de ce programme PrEP que les bénéficiaires dont question au § 8750000 du Chapitre IV de l'Arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques et pour lesquels le médecin-conseil a donné un accord pour le remboursement des spécialités pharmaceutiques prévues.

Les pseudocodes et prix à utiliser pour ce programme dans le cadre de la nouvelle convention sont les suivants :

	Pseudocodes	Prix de la prestation ³
Pour le forfait annuel PrEP Patient ambulatoire (Article 10 § 2)	787990	235,13 €
Pour le forfait annuel PrEP Patient hospitalisé (Article 10 § 2)	788001	235,13 €

Pour pouvoir porter en compte ce forfait annuel PrEP destiné au suivi des patients sous traitement prophylactique pré-exposition, les conditions suivantes doivent être réunies au cours de la période d'un an concernée :

³ Montant lié à l'indice pivot des prix à la consommation (indice pivot 105,10 de septembre 2018 – Base 2013).

	Forfait PrEP
Nombre de contacts en face à face exigés avec les thérapeutes non médicaux	2 contacts dont au moins 1 avec l'infirmier du Centre de référence VIH
Durée totale de tous ces contacts exigés avec les thérapeutes non médicaux confondus	30 minutes
Jours différents sur lesquels doivent être réalisés les contacts	2 jours
Nombre de consultation médicale exigée avec le médecin spécialiste en médecine interne du Centre de référence VIH	2

ATTENTION : Une demande d'intervention ne DOIT PAS être introduite auprès du médecin-conseil pour ce forfait annuel PrEP. Pour autant que les conditions pour la facturation de ce forfait sont remplies et qu'il existe un accord du médecin-conseil dans le cadre du remboursement des spécialités pharmaceutiques inscrites au § 8750000 du Chapitre IV de l'Arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques, le Centre pourra le facturer DIRECTEMENT à l'organisme assureur du patient.

Le programme PrEP court pour une période de 12 mois. Cette période de 12 mois pendant laquelle court le programme prévu dans le cadre de la convention coïncide avec la période de 12 mois accordée par le médecin-conseil dans le cadre du remboursement de la spécialité pharmaceutique prévue au § 8750000 du Chapitre IV de l'Arrêté royal du 21 décembre 2001 susmentionné. Pour les patients déjà sous traitement prophylactique pré-exposition depuis 2017 ou 2018 et pour lesquels ce traitement PrEP se poursuit en 2019, le premier forfait annuel PrEP remboursable dans le cadre la convention couvre la période de 12 mois (ayant une date de début en 2019) accordée par le médecin-conseil en vertu du § 8750000, à condition que les conditions pour la facturation de ce forfait soient remplies au cours de cette période de 12 mois (dont la date de début se situe en 2019).

En vertu de l'article 15 § 3 de la convention, le forfait annuel PrEP ne peut être cumulé avec aucun autre forfait prévu dans le cadre de la convention.

Cependant, dans le cas où pendant la période de 12 mois accordée par le médecin-conseil en vertu du § 8750000 :

- un bénéficiaire suit un programme PrEP et que ;
- le bénéficiaire est entre temps infecté par le VIH (et confirmé) ;

alors, une demande de prise en charge dans le cadre de la convention pour les bénéficiaires faisant partie du groupe cible visé par l'article 2 de la convention peut être introduite au médecin-conseil de la mutualité à laquelle est affiliée le bénéficiaire à partir du moment où toutes les conditions sont réunies pour le faire (*avoir eu les contacts en face à face exigés et la/les consultation(s) médicale(s) exigée(s) pour entrer en ligne de compte pour la facturation d'un forfait annuel de base ou un forfait majoré*). Dans ce contexte, il ne peut pas être tenu compte des contacts que le bénéficiaire a eu avec les membres de l'équipe du Centre de référence VIH dans le

cadre de son programme PrEP pour comptabiliser les contacts dans le cadre du programme pour les patients visés à l'article 2 de la convention.

Il n'est pas exclu que le début de la première période demandée pour un forfait annuel de base ou un forfait majoré tombe dans la période d'un an accordée par le médecin-conseil en vertu du § 8750000. Le cas échéant, le forfait annuel pour le programme PrEP peut encore être porté en compte une dernière fois dans le cas où il est satisfait aux conditions des articles 12 à 20 de la convention avant la date de début du forfait annuel de base ou du forfait majoré. Dans ce cas, il est donc possible que la durée réelle du programme PrEP réalisé soit inférieure à la durée normale de 12 mois. Il ne peut jamais être tenu compte des contacts que le bénéficiaire a eu avec l'équipe du Centre de référence VIH dans le cadre du programme mis en place pour les bénéficiaires visés à l'article 2 pour justifier la facturation du forfait PrEP.

- Ticket modérateur : pour le forfait annuel de base, le forfait annuel majoré et le forfait PrEP, le patient doit payer un ticket modérateur (dont les modalités sont fixées sur la base de l'arrêté royal du 29 avril 1996). Pour le forfait spécifique en cas de grossesse, le patient n'est pas redevable d'un ticket modérateur.
- Période de prise en charge dans le cadre de la convention :

Les forfaits de base et majoré sont facturables par période de 12 mois (date à date).

La période d'intervention de l'assurance débute à la date du premier contact en face à face entre le bénéficiaire et les membres de l'équipe (médicale ou non médicale) du Centre de référence VIH. Cette période court jusqu'à la date (jour X-1) du même mois, 12 mois plus tard. Lors de prolongation, la date de début de la prolongation débutera à la date de début originale qui a été fixée antérieurement + 1 an ou + 2 ans ou + 3 ans, etc.

Les accords de prise en charge donnés par les médecins-conseils en 2018 pour des périodes annuelles ayant une date de début en 2018 et une date de fin en 2019, restent valables et les conditions de la convention en vigueur jusqu'au 31 décembre 2018 restent d'application pour ces accords. L'article 34 de la convention prévoit notamment que toute demande d'accord dont la période couverte par le forfait a débutée avant l'entrée en vigueur de la convention doit être traitée sur base des modalités qui étaient d'application dans le cadre de la précédente convention. Dans ce cas de figure, il est à préciser que les compteurs en ce qui concerne le nombre de contacts ne doivent pas être remis à zéro à partir du 1^{er} janvier 2019.

Ainsi par exemple :

Une demande a été introduite dans le cadre de l'ancienne convention pour la période du 25/05/2017 au 24/05/2018.

Ensuite, le Centre de référence VIH introduit une demande pour la période qui va du 25/05/2018 au 24/05/2019. Dans ce cas, les dispositions de l'ancienne convention s'appliquent en ce qui concerne le nombre de contacts obligatoires à avoir. Les contacts qui ont été réalisés entre le 25/05/2018 et le 31/12/2018 peuvent également être comptabilisés.

ATTENTION : Pour Jessa ziekenhuis (7.76.014.83), seuls les contacts qui ont été réalisés à partir du 01/01/2019 peuvent être pris en considération et la date de début de la période de prise en charge ne peut jamais se situer avant le 01/01/2019.

Pour le **forfait spécifique en cas de grossesse**, la période de prise en charge correspond à celle qui a été fixée pour le forfait de base. *Seuls pour les bénéficiaires pour lesquels un forfait de base a déjà été porté en compte pour une période d'un an ayant une date de début en 2018 et une date de fin en 2019 et qui, pour cette période entrent en ligne de compte pour un remboursement du forfait spécifique en cas de grossesse (comme mentionné ci-avant dans la présente circulaire; voir aussi l'article 34 de la convention), il y a lieu de considérer, pour la facturation, la date du 01/01/2019 comme date de début de la période qui concerne ce forfait spécifique mais la date de fin de cette période correspond à la date de fin du forfait de base ; dans ce cas exceptionnel, la période relative au forfait spécifique en cas de grossesse sera donc beaucoup plus courte que la période normale d'une année pour laquelle un forfait annuel peut être porté en compte.*

Pour le **programme PrEP**, la période de prise en charge est la période de 12 mois accordée par le médecin-conseil dans le cadre du remboursement de la spécialité pharmaceutique prévue au § 8750000 du Chapitre IV de l'Arrêté royal du 21 décembre 2001 susmentionné.

- Tout comme cela était déjà le cas dans le cadre de l'ancienne convention, la date de début de la période de prise en charge d'un patient déterminera le montant du forfait qui peut être porté en compte pour ce patient pour cette période. Toute modification de prix survenue après cette date de début peut donc ne pas être prise en compte.
- 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 conventionnée (une liste des médecins habilités à signer sera transmis ultérieurement aux organismes assureurs). Ce rapport médical contient les dates des contacts entre le patient et l'équipe du Centre (date de la/des consultation(s) médicale(s) et date des contacts en face à face avec les membres de l'équipe thérapeutique non médicale). A côté des dates des contacts obligatoires, le rapport médical contient également la mention des disciplines concernées avec lesquelles le patient a eu des contacts ainsi que la durée de ses contacts. Selon la convention, il **est interdit** que les contacts obligatoires soient réalisés le même jour (cf. dispositions de l'article 10 de la nouvelle convention).

Le formulaire qui contient une rubrique "frais de déplacement" ne peut pas être utilisé en raison du fait que les Centres de référence VIH ne figurent pas à l'heure actuelle sur la liste des Centres pour lesquels une intervention dans les frais de déplacement peut être demandée pour les patients en voiturette d'invalidité. Seul le formulaire qui ne contient pas cette rubrique doit donc être utilisé.

- Règle concernant la tardivité : La demande de prise en charge peut être introduite à partir de la date à laquelle tous les contacts obligatoires pour pouvoir porter en compte le forfait concerné ont eu lieu. 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 contacts exigés pour pouvoir porter en compte un forfait annuel.

Pour un nouveau patient, 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 les contacts exigés ont été réalisés et pour laquelle la demande a été introduite à temps. 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 contacts obligatoires soient réalisés pendant la nouvelle période. Si ce n'est pas le cas, le Centre peut introduire une nouvelle demande pour une prochaine autre période d'un an dans laquelle ont eu lieu les contacts exigés.

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 contacts différents requis pour la facturation d'un forfait annuel.

- Pour un patient existant, la date originale de début à prendre en compte peut être une date dans les années précédentes (au moment que la convention précédente entrée en vigueur en 2014 était valable).
- L'article 21 contraint le Centre de référence VIH de ne pas facturer aux organismes assureurs au-delà d'une enveloppe annuelle y fixée. Il appartient à l'établissement d'y veiller.
- Le médecin-conseil est compétent pour statuer sur les demandes de prise en charge individuelles.

Le Fonctionnaire Dirigeant,

A. Ghilain
Directeur général a.i.

Annexes :

[Annexe 1 Convention](#)

[Annexe 2 Lettre aux Centres](#)

[Annexe 3 Formulaire de demande et rapport médical](#)

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 VIH

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 de l'Établissement, désigné ci-après dans le texte par le terme « Centre de référence VIH »,

la présente convention.

OBJET DE LA CONVENTION

Article 1.

§ 1. La présente convention définit en premier lieu les rapports entre le Centre de référence VIH et les bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé, définis aux articles 2 et 12 de la présente convention, de même que les rapports entre ce Centre de référence VIH, l'Institut National d'Assurance Maladie-invalidité (I.N.A.M.I.) et les organismes assureurs. Elle définit en outre les buts du Centre de référence VIH, le programme individuel multidisciplinaire, le programme PrEP, 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 VIH/SIDA est une affection chronique 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 bénéficiaires sur divers plans - celui des soins médicaux, de l'accompagnement et du

soutien - la présente convention vise à permettre au Centre de référence VIH y défini d'offrir aux bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé une guidance et un soutien médical et psychosocial coordonnés, multidisciplinaires.

POPULATION VISEE

Article 2.

Les bénéficiaires de la présente convention sont :

- a) les personnes enceintes porteuses du VIH ou les personnes enceintes atteintes du SIDA ;
- b) les nourrissons qui ont été exposés in utero à des traitements antirétroviraux qui en sont toujours au stade de l'incertitude diagnostique ainsi que leurs parents ;
- 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 qui ont été exposés in utero à des traitements antirétroviraux pour lesquels demeure toujours une inconnue quant aux effets secondaires éventuels liés à ces traitements (pour ces enfants, il y a lieu de tenir compte des dispositions spécifiquement d'application pour ces enfants à l'article 10 § 3 de la présente convention) ;
- f) les bénéficiaires porteurs du VIH ou atteints du SIDA depuis plus de 10 ans qui, entre temps, sont âgés de 50 ans ou plus et qui présentent des comorbidités liées à la maladie même et aux effets secondaires de la prise de médicaments contre le VIH/SIDA pendant une très longue période ; bénéficiaires dits « Long-term survivor ».

pour lesquels le but général tel que défini à l'article 1 § 2, peut être traduit dans l'engagement du Centre de référence VIH de répondre aux besoins concrets du bénéficiaire ; besoins dont il est question à l'article 3 de la présente convention.

BUT DU CENTRE DE REFERENCE VIH ET DU PROGRAMME

Article 3.

§ 1. Le Centre de référence VIH 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 ;
 - travail à mettre en place pour lutter contre toute forme possible de stigmatisation et discrimination.
- 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 personnes 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 personnes 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 qui ont été exposés à des traitements antirétroviraux in utero, 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, le Centre de référence VIH assurera la transition du patient entre la pédiatrie et la médecine interne au niveau de la prise en charge, en tenant compte des dispositions de l'article 10 de la présente convention qui précisent les âges de suivi des bénéficiaires par la pédiatrie et par la médecine interne.

f) Spécialement pour les « Long-term survivor », l'accompagnement sera également orienté vers :

- le soutien psychologique ;
- le besoin de coordination des soins suite au VIH/SIDA et la présence d'autres maladies (comorbidités).

§ 3. Outre les missions dont question aux §§ 1 et 2 du présent article, le Centre de référence VIH a également pour mission de dispenser un programme spécifique aux bénéficiaires sous traitement prophylactique pré-exposition (PrEP). Ce programme fait l'objet des articles 12 à 20 de la présente convention.

§ 4. Le Centre de référence VIH a également pour mission de dispenser des formations spécifiques prévues à l'arrêté royal du 19 juillet 2018 portant application de l'article 124, 1° de la loi du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions de soins de santé, en vue d'encadrer les tests d'orientation diagnostique de l'infection du virus de l'immunodéficience humaine VIH. Le document qui autorise une personne à pratiquer les tests tel que prévu à l'arrêté précité, est délivré par un médecin ou un infirmier appartenant à l'équipe du Centre de référence dont il est question à l'article 5 de la présente convention.

DEFINITION DU CENTRE DE REFERENCE VIH

Article 4. *Définition*

§ 1. Le Centre de référence VIH 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. Le Centre de référence VIH 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.

Le Centre de référence offrira également son aide dans la lutte contre toute forme possible de stigmatisation et discrimination liée à la maladie et soutiendra les patients dans leur lutte contre de telles stigmatisations et discriminations liées à leur maladie.

§ 3. Sur le plan de l'infrastructure et des équipements, le Centre de référence VIH doit au moins disposer d'espaces de consultation et d'entretien individuel, d'un espace pour les thérapies de groupe ainsi que d'un secrétariat. Tous ces locaux sont centralisés dans le même bâtiment.

Le Centre de référence VIH doit pouvoir être localisé sur la base d'une adresse suffisamment précise et d'un numéro de téléphone.

Article 5. *Cadre du personnel*

§ 1. Composition de l'équipe

a) Equipe multidisciplinaire

Le Centre de référence VIH 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. Le Centre de référence VIH doit faire partie d'un hôpital ou être lié à un hôpital.

b) Disciplines médicales

b.1. Encadrement médical minimum exigé

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 ;
- 1 médecin spécialiste en pédiatrie (pédiatre) dans le cas où le Centre de référence prend en charge des enfants et ;
- 1 médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique dans le cas où le Centre de référence prend en charge des personnes enceintes.

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 (ce médecin est désigné ci-après dans le texte « médecin responsable ») 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.

b.1.1) Liste des médecins spécialistes en médecine interne et des pédiatres

Le Service des soins de santé dresse une liste des médecins spécialistes en médecine interne et des pédiatres actifs au sein de chaque Centre de référence VIH.

Pour pouvoir figurer sur la liste, chaque médecin spécialiste en médecine interne et chaque pédiatre doit disposer d'une compétence particulière, étayée et reconnue, dans le domaine du VIH et du SIDA. Le médecin responsable du Centre de référence VIH se porte garant et prend la responsabilité du fait que cette condition est remplie pour chaque médecin (spécialiste en médecine interne et pédiatre) qui doit être mentionné sur la liste.

En outre, le médecin responsable doit, en plus de disposer lui-même de cette compétence particulière, étayée et reconnue dans le domaine du VIH et du SIDA, travailler au moins 0,25 ETP (9,5 heures par semaine) pour le Centre de référence VIH.

b.1.2) Modifications à la liste des médecins spécialistes en médecine interne et des pédiatres

Le Centre de référence VIH peut demander au Service des soins de santé de modifier la liste des médecins (spécialistes en médecine interne et pédiatres) actifs pour le Centre de référence VIH.

Pour ce faire, le Centre de référence VIH mentionne dans sa demande :

- Le numéro d'identification de la présente convention ;
- Si les changements demandés concernent un ajout ou une suppression d'un médecin ;
- Dans le cas où il s'agit d'un ajout, il y a lieu de mentionner :
 - o Le nom du nouveau médecin concerné ;
 - o Le numéro d'identification INAMI du médecin concerné;
 - o La date à partir de laquelle ce médecin doit figurer sur la liste (cette date correspond en principe à sa date d'entrée en service dans le cadre de la convention) ;
 - o Son temps de travail dans le cadre de la convention ;
 - o La confirmation, par le médecin responsable, que ce nouveau médecin dispose d'une compétence particulière, étayée et reconnue, dans le domaine du VIH et du SIDA ;
 - o Le nombre de bénéficiaires dont il a été tenu compte pour pouvoir identifier le nombre de médecins spécialistes en médecine interne qui peuvent figurer sur la liste conformément aux dispositions mentionnées au point b.3) du présent article.
- Dans le cas où il s'agit d'un retrait, il y a lieu de mentionner :
 - o Le nom du médecin concerné ;
 - o Le numéro d'identification INAMI du médecin concerné;
 - o La date à partir de laquelle ce médecin ne doit plus figurer sur la liste.

b.1.3) Documents de preuves

Le Centre de référence VIH tient à la disposition de l'INAMI et du Collège des médecins-directeurs tous documents permettant d'étayer le fait que les conditions dont question ci-dessus pour figurer sur la liste sont effectivement remplies pour chaque médecin en question.

Le Collège des médecins-directeurs peut toujours refuser d'inscrire un médecin à la liste s'il est d'avis que, sur base des données disponibles, ce médecin ne répond pas aux conditions de la convention.

b.1.4) But de cette liste

Conformément aux dispositions dont question à l'article 24 de la présente convention, seuls les médecins spécialistes en médecine interne et les pédiatres qui figurent sur cette liste peuvent signer les rapports médicaux à annexer aux demandes d'accord d'intervention de l'assurance introduites dans le cadre de la présente convention.

En outre, dans le cas où la réglementation de remboursement des médicaments (voir entre autres l'Arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques) attribue un rôle particulier aux médecins spécialistes des Centres de référence VIH ou SIDA, seuls les médecins spécialistes en médecine interne et les pédiatres figurant sur la liste peuvent assumer ce rôle.

b.2. Encadrement médical additionnel

b.2.1) Liste des médecins de base

Les médecins de base qui ne sont pas des médecins spécialistes mais qui travaillent dans le Centre de référence VIH et qui disposent d'une compétence particulière, étayée et reconnue dans le domaine du VIH peuvent également faire partie de l'équipe médicale du Centre de référence VIH. Cependant, seuls les médecins de base qui faisaient partie de l'équipe médicale du Centre de référence VIH à la date du 1^{er} mars 2018 peuvent continuer à faire partie de l'équipe du Centre de référence VIH dans la cadre de la présente convention.

Même dans le cas où le Centre de référence VIH travaille effectivement avec des médecins de base, le Centre de référence doit disposer des médecins visés au point b.1. du présent article.

De plus, un médecin de base ne peut pas assumer la fonction de médecin responsable du Centre de référence VIH au sens visé par le dernier alinéa du point b.1. du présent article.

Le médecin responsable du Centre de référence VIH se porte garant et prend la responsabilité de la compétence particulière, étayée et reconnue dans le domaine du VIH des médecins de base avec lesquels il travaille.

Le Service des soins de santé dresse une liste des médecins de base actifs au sein de chaque Centre de référence VIH qui répondent aux conditions posées par le présent point.

b.2.2) Modification à la liste des médecins de base

Seuls les médecins de base qui répondent aux conditions dont question au point b.2.1) peuvent figurer sur la liste des médecins de base. Un médecin de base qui ne travaille plus pour le Centre de référence VIH ne peut donc jamais être remplacé par un autre médecin de base.

b.2.3) Documents de preuves

Le Centre de référence VIH tient à la disposition de l'INAMI et du Collège des médecins-directeurs tous documents permettant d'étayer le fait que les conditions dont question ci-dessus pour figurer sur la liste sont effectivement remplies pour chaque médecin de base en question.

Le Collège des médecins-directeurs peut toujours refuser d'inscrire un médecin de base à la liste s'il est d'avis, sur base des données disponibles, que ce médecin ne répond pas aux conditions de la convention.

b.2.4) But de cette liste

Conformément aux dispositions dont question à l'article 24 de la présente convention, les médecins de base (en sus des médecins spécialistes en médecine interne actifs pour le Centre de référence VIH et des pédiatres) qui figurent sur cette liste peuvent signer les rapports médicaux à annexer aux demandes d'accord d'intervention de l'assurance introduites dans le cadre de la présente convention.

Dans le cas où la réglementation de remboursement des médicaments (voir entre autres l'Arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance

obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques) attribue un rôle particulier aux médecins spécialistes des Centres de référence VIH ou SIDA, les médecins de base ne peuvent pas assumer ce rôle.

b.3. Normes en ce qui concerne le nombre de médecins

Un pédiatre au minimum (et au maximum 2 pédiatres) dont question dans le point b.1 peut (peuvent) figurer sur la liste des pédiatres actifs dans le cadre de la présente convention.

En ce qui concerne le nombre de médecins spécialistes en médecine interne et le nombre de médecins de base dont il peut être tenu compte, il y a lieu de respecter le principe selon lequel le nombre de médecins spécialistes en médecine interne et de médecins de base que peut constituer le cadre médical est tributaire du nombre de bénéficiaires qui entrent en ligne de compte pour la facturation d'un forfait de base ou d'un forfait majoré dont question dans le cadre de la présente convention et de respecter les normes fixées par le tableau suivant :

Nombre de bénéficiaires concernés (moyenne de 2 années récentes consécutives)	Nombre de médecins spécialistes (MS) en médecine interne et de médecins de base (MB) qui peuvent figurer sur la liste	Nombre total maximum de médecins spécialistes (MS) en médecine interne et de médecins de base (MB) qui peuvent figurer sur la liste
≤ 1.000	Minimum 2 MS Maximum 3 MB	5
≥ 1.001 ≤ 1.250	Minimum 2 MS Maximum 4 MB	6
≥ 1.251 ≤ 1.500	Minimum 2 MS Maximum 5 MB	7
≥ 1.501 ≤ 1.750	Minimum 2 MS Maximum 6 MB	8
≥ 1.751 ≤ 2.000	Minimum 2 MS Maximum 7 MB	9
...		

Dans le cas où le Centre de référence VIH met en place une activité au sein d'une antenne conformément aux dispositions de l'article 7 de la présente convention, il y a lieu de totaliser le nombre de bénéficiaires pris en charge d'une part au sein du Centre de référence VIH et d'autre part au sein de cette antenne pour fixer le nombre maximum de médecins spécialistes en médecine interne et de médecins de base qui peuvent figurer sur la liste.

c) Fonctions thérapeutiques non médicales

En ce qui concerne les fonctions thérapeutiques non médicales, l'équipe du Centre de référence VIH se compose des disciplines suivantes :

- un infirmier ;
- un assistant social ou infirmier social ;
- un psychologue clinicien agréé dans le cadre de la loi du 10 juillet 2016 modifiant la loi du 4 avril 2014

- réglémentant les professions de soins de santé mentale ;
- un diététicien ;
- un sexologue de niveau master en sexologie.

Les trois premières fonctions (infirmier, assistant social ou infirmier social et psychologue clinicien) doivent faire partie intégrante de l'équipe du Centre de référence VIH. Par « doivent faire partie intégrante de l'équipe », il est entendu qu'à chaque moment, il est établi qui sont les titulaires de ces fonctions et quel est leur temps de travail et horaire pour le Centre de référence, et que le médecin responsable du Centre de référence est associé à la sélection et au recrutement de ces membres de l'équipe pour lesquels son avis favorable est requis.

Les 2 dernières fonctions (diététicien et sexologue de niveau master en sexologie) peuvent faire partie intégrante de l'équipe du Centre de référence VIH mais il est également acceptable, sous les conditions que le présent § fixe, qu'ils fassent partie d'un autre service de l'hôpital dont le Centre de référence VIH fait partie et qu'ils sont délégués par cet autre service afin de remplir dans le Centre de référence le rôle prévu par la présente convention pour ces fonctions.

Pour la fonction de sexologue, cette dernière peut être assurée par un autre membre de l'équipe du Centre de référence VIH qui dispose des qualifications requises pour exercer la fonction de sexologue de niveau master en sexologie. Ainsi, dans le cas où le Centre de référence VIH compte, parmi ses membres de l'équipe, un psychologue par exemple qui dispose également d'un niveau master en sexologie, ce psychologue peut exercer la fonction de sexologue de niveau master également dans le cadre de la présente convention pour le Centre de référence VIH.

Dans cette configuration, il doit être clair pour les bénéficiaires de la présente convention qu'une seule personne est concernée pour assurer 2 fonctions différentes au sein du Centre de référence VIH.

Pour les diététiciens et les sexologues de niveau master, le Centre de référence VIH, dans le cas où ces membres en question ne font pas partie intégrante de l'équipe du Centre de référence VIH, doit pouvoir faire appel à eux au sein de l'hôpital dont le Centre de référence VIH fait partie. Le cas échéant, le diététicien et/ou le sexologue auquel il est fait appel doit(vent) répondre aux conditions suivantes :

- Disposer des qualifications requises pour exercer la fonction (de diététicien ou de sexologue de niveau master);
- Etre sous contrat avec l'hôpital dont le Centre de référence VIH fait partie ;
- Présenter une expertise spécifique dans son domaine de compétence et en relation avec le VIH et le SIDA ;
- Participer aux réunions multidisciplinaires lorsque sa présence est requise ;
- Le Centre de référence VIH peut faire appel à lui au moment des consultations organisées dans le cadre de la présente convention et à tout autre moment convenu entre le Centre de référence VIH et celui ou celle à qui il est fait appel. Le temps de travail pour le Centre de référence doit quoi qu'il en soit correspondre (au minimum) au temps de travail minimum imposé par la présente convention (cf. dispositions du § 3 du présent article);
- Le Centre de référence VIH peut faire appel à lui dans les locaux du bâtiment dans lesquels les consultations organisées dans le cadre de la présente convention se déroulent ;
- Aucune intervention ne peut être réclamée aux bénéficiaires pour rémunérer le travail du diététicien et/ou du sexologue de niveau master en sus de ce que finance la présente convention.

d) Encadrement administratif

En ce qui concerne l'encadrement administratif, le Centre de référence VIH doit disposer d'un collaborateur administratif.

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

Le nombre d'ETP que doit composer l'équipe visée au § 1^{er} du présent article dépend :

- ✓ du nombre de bénéficiaires suivis au cours d'une année calendrier pour lesquels un forfait de base ou un forfait majoré prévu dans le cadre de la présente convention est dû **et**
- ✓ du type de prestations (telles que visées à l'article 10 §§ 2 et 3 de la présente convention) réalisées pour ces bénéficiaires. 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).

Il peut être tenu compte de plusieurs sources différentes pour déduire le nombre de bénéficiaires et le type de prestations dont question dans le présent paragraphe (chiffres de production, dépenses comptabilisées par Centre, accords donnés par les médecins-conseils, etc.).

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

Il est attendu d'un Centre de référence VIH qu'il dispose d'un encadrement de minimum 2,14815 ETP par 250 bénéficiaires suivis en forfait de base et de minimum 3,22 ETP par 250 bénéficiaires suivis en forfait majoré. Cet encadrement doit être adapté de manière proportionnelle en fonction du nombre réel de bénéficiaires suivis et du type de prestations réalisées conformément aux dispositions du présent paragraphe et des dispositions du § 4 du présent article.

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

Les fonctions d'infirmier, d'assistant social ou d'infirmier social et de diététicien doivent être représentées pour un minimum de 60 % du nombre d'ETP de l'équipe fixée en vertu des dispositions du § 2 du présent article.

Les fonctions de psychologue (licencié ou master en psychologie) et de sexologue de niveau master doivent être représentées pour un minimum de 15 % 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 5 % 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^{er} du présent article peut être remboursée sur base des prestations de la nomenclature des prestations de santé effectuées par ces médecins (conformément aux dispositions de l'article 23 de la présente convention).

Chacune des disciplines dont question ci-avant doit quoi qu'il en soit être représentée pour un minimum de 3% du nombre d'ETP de l'équipe avec un minimum de temps de travail de 4 heures par semaine.

Pour un Centre, qui doit disposer de moins de 2 ETP d'une certaine discipline non médicale (cf. les disciplines mentionnées dans le § 1^{er}, c) du présent article), cette discipline ne pourra être répartie qu'entre 3 personnes différentes au maximum.

Pour un Centre, qui doit disposer de 2 ETP ou plus d'une certaine discipline non médicale (cf. les disciplines mentionnées dans le § 1^{er}, c) du présent article), la moyenne du temps de travail des travailleurs d'une même discipline ne peut jamais être inférieure à 0,5 ETP.

Exemple :

- Si un Centre doit disposer de 1,8 ETP infirmier, cette fonction ne pourra jamais être exercée par plus de 3 personnes différentes.
- Si un Centre doit disposer de 2,2 ETP infirmier, cette fonction ne pourra jamais être exercée par plus de 4 personnes différentes. Il est autorisé par exemple :
 - o qu'un travailleur preste 1 ETP
 - o que 2 autres travailleurs prestant 0,5 ETP chacun
 - o que le 4^{ème} travailleur preste 0,2 ETP
- Si un Centre doit disposer de 2,6 ETP infirmier, cette fonction ne pourra jamais être exercée par plus de 5 personnes différentes.
- Si un Centre doit disposer de 4 ETP infirmier, cette fonction ne pourra jamais être exercée par plus de 8 personnes différentes.

§ 4. Adaptation de l'équipe

L'équipe doit toujours être adaptée en fonction du nombre réel de bénéficiaires et du type de prestations qui sont portées en compte pour ces bénéficiaires (telles que définies à l'article 10 §§ 2 et 3 de la présente convention) et pour lesquelles un forfait de base ou majoré prévu dans le cadre de la convention est dû. Afin d'éviter des adaptations multiples de ce cadre du personnel requis, le Centre de référence VIH pourra toutefois s'appuyer, pour la taille du cadre du personnel requis au cours d'une année civile déterminée, sur le nombre moyen de bénéficiaires 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 bénéficiaires 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 autres collaborateurs confondus. Si, soit pour le cadre médical, soit pour le cadre non médical, 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 bénéficiaires (pour des nombres de bénéficiaires choisis par commodité) et le type de prestation portée en compte pour ces bénéficiaires.

Le Centre de référence VIH n'est jamais obligé de recruter une équipe plus importante que celle qui peut être financée par le Centre de référence VIH sur la base du budget annuel établi et indexé en vertu de l'article 21. L'obligation d'augmenter proportionnellement la taille de l'équipe en fonction du nombre de bénéficiaires n'est donc plus applicable une fois que la taille maximale de l'équipe a été atteinte, notamment la taille maximale de l'équipe qui peut être financée, d'une part, sur base du budget annuel déterminé et indexé conformément à l'article 21. et d'autre part, sur base des principes dont question dans les annexes III et IV de la présente convention pour le calcul du coût inhérent à l'équipe et des frais de fonctionnement.

§ 5. Dispositions pour compléter le cadre du personnel manquant

Le Centre de référence VIH 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

Le Centre de référence VIH 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 bénéficiaire*) et l'accompagnement indirect (*concertation sur les bénéficiaires, réunions d'équipe, assistance téléphonique, rapports, temps de travail lié à l'enregistrement, temps de travail lié, le cas échéant, à la dispense de formations dont il est question à l'article 3 § 4 de la présente convention, 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 au Centre de référence VIH de justifier l'encadrement employé dans le cadre de la présente convention.

Afin de pouvoir démontrer que le Centre de référence VIH dispose de l'encadrement nécessaire à la réalisation des activités conventionnelles prévues dans le cadre de la présente convention, il 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 du Centre de référence VIH 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.M.I. ou des organismes assureurs.

§ 7. Rémunération des membres du personnel

Le Centre de référence VIH s'engage à rémunérer les membres de son personnel au moins selon les mêmes échelles salariales que celles du personnel de l'hôpital dont il fait partie ou auquel il est lié.

Le coût salarial du personnel occupé dans le cadre de la convention est supposé pouvoir être supporté entièrement par le Centre de référence VIH sur la base du remboursement du coût des prestations prévues par la présente convention. Le Centre de référence VIH 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 du Centre de référence VIH 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*

Le Centre de référence VIH et en particulier l'équipe multidisciplinaire doivent prendre en charge un minimum de **220 patients** différents par année calendrier pour maintenir le bénéfice de la présente convention.

Pour atteindre cette masse critique de **220 patients** minimum à prendre en charge dans le cadre de la présente convention, il y a lieu de tenir compte du fait que les bénéficiaires qui bénéficient de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (bénéficiaires dit « assurés ») et pour lesquels un forfait dans le cadre de la présente convention peut être porté en compte (bénéficiaires 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, le Centre de référence VIH 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^{er} 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, le Centre de référence VIH doit avoir eu l'occasion d'expliquer par écrit les raisons pour lesquelles ce quota n'a pas été atteint.

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

§ 1. Le Centre de référence VIH ne peut réaliser ses activités dans le cadre de la présente convention que sur un seul site.

§ 2. Une dérogation aux dispositions du § 1^{er} du présent article n'est possible que moyennant le respect des conditions suivantes :

- Une antenne ne peut être créée que dans une Province¹ où un Centre de référence VIH ou une antenne à un Centre de référence VIH n'est pas implanté(s) ET ;
- Une antenne ne peut être créée que si cette antenne se situe à au moins 70 kilomètres d'un Centre de référence VIH conventionné ou d'une antenne à un Centre de référence VIH conventionné ET ;
- Une seule antenne ne peut être créée par Centre de référence VIH ET ;
- L'antenne ne peut être créée qu'au sein d'un établissement hospitalier ET

1. Pour l'application de cette disposition, la Région de Bruxelles capitale est assimilée à une province.

- Une antenne ne peut être créée que si l'équipe du Centre de référence effectue les consultations multidisciplinaires organisées au sein de l'antenne et se déplace donc vers l'antenne.

Cependant, dans le cas où un Centre de référence VIH conventionné prend en charge 2000 patients ou plus, une antenne peut être créée dans la même Province que la Province dans laquelle le Centre de référence VIH est implanté sans que l'équipe du Centre de référence VIH ne se déplace sur l'antenne en question. Dans ce cas, deux équipes différentes peuvent travailler sur les 2 sites, moyennant le fait :

- que le médecin responsable du Centre de référence VIH se porte garant et prend sur lui la responsabilité de la compétence particulière, étayée et reconnue dans le domaine du VIH des membres de l'équipe de l'antenne et organise une supervision des activités médico-thérapeutiques réalisées au sein de l'antenne
- qu'au moins deux médecins spécialistes en médecine interne (parmi lesquels le médecin responsable) travaillent au sein du site principal du centre de référence et qu'au moins un troisième médecin spécialiste en médecine interne travaille au sein de l'antenne. Des médecins de base ne peuvent pas travailler au sein de l'antenne.

§ 3. Le Centre de référence VIH qui souhaite réaliser une partie de ses activités conventionnelles au sein d'une antenne (et qui répond dès lors aux conditions fixées par le § 2 du présent article) doit soumettre une demande spécifique préalable au Collège des médecins-directeurs.

Le Collège des médecins-directeurs évaluera la demande en examinant entre autres la manière dont la collaboration se met en place entre le Centre de référence VIH conventionné 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. Il s'agit notamment pour toutes les demandes de création d'une antenne, des données suivantes :

- Contrat entre les établissements concernés
- Données relatives au nombre de patients au sein du site,
- Données relatives au financement.

En outre, dans le cas où il s'agit d'une antenne d'un centre de référence qui prend en charge 2000 patients ou plus et que l'antenne dispose de sa propre équipe, il y a lieu de fournir en sus les données suivantes :

- données relatives à l'équipe de l'antenne en ce qui concerne son niveau d'expertise dans le domaine du VIH/SIDA,
- modalités de renvoi des patients du Centre de référence VIH vers le site ou inversement,
- données relatives à l'organisation de réunions d'équipe communes, 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 une antenne, 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 sur lequel le Centre de référence VIH met en place les activités conventionnelles. Cet avenant contiendra toutes les obligations à respecter liées à l'application de la présente convention sur un site autre que le site principal du Centre de référence VIH qui a signé la présente convention.

§ 4. A partir du 1^{er} juillet 2019, aucun Centre de référence VIH ne peut encore réaliser des activités conventionnelles au sein d'une antenne, s'il n'a pas conclu un avenant à la présente convention qui règlera le fonctionnement de cette antenne.

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 aux programmes prévus 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 du Centre de référence VIH, 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 un programme, il est établi un dossier individuel qui donne un aperçu du déroulement de sa prise en charge dans le Centre de référence VIH et de l'évolution de son état. Ce dossier peut être un dossier électronique et 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 bénéficiaire ou par son représentant légal tel que prévu à l'article 24 de la présente convention;
- la ou les demandes du patient ou de son représentant légal à laquelle/auxquelles le Centre de référence VIH 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 ;
 - ✓ 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 bénéficiaire.

§ 2. *Réseau de soins et collaboration avec les associations de patients*

L'équipe du Centre de référence VIH 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 patients pris en charge dans le cadre de la présente convention doit faire partie de la responsabilité partagée du médecin généraliste d'une part et du Centre de référence VIH 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 du Centre de référence VIH 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 le Centre de référence VIH à sa demande.

Le Centre de référence VIH doit également mettre en place une collaboration avec les associations locales et régionales qui représentent les patients VIH ou atteints du SIDA.

LE PROGRAMME INDIVIDUEL

Article 9.

§ 1. Sans préjudice des dispositions de l'article 13 de la présente convention, le programme individuel est la réponse apportée par le Centre de référence VIH 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 un médecin du Centre de référence VIH (dont il est question à l'article 5 § 1^{er} point b). Dans ce cas, les autres intervenants (dont il est question à l'article 5 § 1^{er} 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 et à son organisme assureur. Un forfait prévu par la présente convention ne pourra pas être attesté, ni au patient, ni à son organisme assureur.

§ 2. Chaque programme individuel part d'au moins une demande concrète (à déterminer en fonction des paramètres qui définissent la population ciblée) pour laquelle le Centre de référence VIH propose une réponse.

§ 3. La demande susvisée doit constituer la raison de la consultation du Centre de référence VIH. 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 le Centre de référence VIH. 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 du Centre de référence VIH 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 le Centre de référence VIH 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 au Centre de référence VIH d'organiser adéquatement la disponibilité susvisée.

Le Centre de référence VIH est tenu d'informer par écrit le patient de l'engagement précité.

§ 6. L'engagement du Centre de référence VIH 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 le Centre de référence VIH court tout au long de cette période de 12 mois.

Si en vertu des dispositions de l'article 37, § 2 de la présente convention, une des parties dénonce la présente convention, l'engagement pris par le Centre de référence VIH ne continue à courir que pendant la durée restante de l'année pour laquelle un forfait a été porté en compte pour le bénéficiaire concerné.

§ 7. Le Centre de référence VIH 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. Sans préjudice des dispositions de l'article 15 de la présente convention, dans le cadre de la présente convention, 3 types de forfait peuvent être portés en compte pour les bénéficiaires visés à l'article 2 de la présente convention:

- Un forfait annuel de base ;
- Un forfait annuel majoré ;
- Un forfait spécifique en cas de grossesse pour les bénéficiaires pour lesquels un forfait annuel de base a déjà été porté en compte aux organismes assureurs.

Par bénéficiaire :

- soit un forfait annuel de base ;
- soit un forfait annuel de base et un forfait spécifique en cas de grossesse pour les bénéficiaires pour lesquels un forfait annuel de base a déjà été porté en compte aux organismes assureurs,
- soit un forfait annuel majoré ;

ne pourra / ne pourront être porté(s) en compte par année.

§ 2. Forfait annuel de base

Le forfait annuel de base consiste en la réalisation des actes qui sont requis de part la situation pathologique et psychosociale du bénéficiaire, dans le cadre de son programme individuel tel que défini à l'article 9 de la présente convention, durant une période d'un an (date à date) comme visée au § 6 du présent article; en dehors des prestations médicales portées en compte dans le cadre de la nomenclature des prestations de santé.

Un seul forfait annuel de base peut être porté en compte pour une période d'un an (date à date) et par bénéficiaire.

Ce forfait n'est facturable que lorsque l'accompagnement d'un bénéficiaire répond aux conditions minimales que le présent paragraphe impose tant en ce qui concerne les contacts en face à face avec l'équipe thérapeutique non médicale que la consultation médicale.

- Conditions relatives aux contacts en face à face avec l'équipe thérapeutique non médicale

Au cours de la période d'un an dont question à l'alinéa premier du présent paragraphe, **2 contacts** en face à face (en présence du bénéficiaire) d'une durée totale **d'au minimum 1 heure** doivent avoir été réalisés ; ces contacts 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^{er} de la loi coordonnée précitée. Ces **2 contacts** en face à face (en présence du bénéficiaire) doivent avoir été réalisés sur **au moins 2 jours différents**.

Seuls les contacts en face à face avec les personnes qui remplissent les fonctions thérapeutiques non médicales visées par l'article 5 § 1^{er}, point c) peuvent être prises en compte.

Par face à face, il y a lieu d'entendre une rencontre entre le bénéficiaire et au moins un membre de l'équipe thérapeutique multidisciplinaire non médicale telle que définie à l'article 5 § 1^{er}, point c). Aucune intervention par téléphone, courrier ou voie électronique n'est considérée comme un face à face.

Si plusieurs membres de l'équipe ont simultanément une rencontre avec le bénéficiaire, 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^{er} point b) de la présente convention ne peut compter dans le calcul du nombre d'heure en face à face avec le bénéficiaire.

- Conditions relatives à la consultation médicale exigée

⇒ **pour les bénéficiaires de 18 ou 19 ans**, une consultation médicale doit avoir été réalisée au cours de la période d'un an dont question à l'alinéa premier du présent paragraphe avec :

- un médecin spécialiste en médecine interne ou un médecin de base qui fait partie de l'équipe du Centre de référence VIH et qui figure sur une des listes visées à l'article 5 de la présente convention, OU ;
- un pédiatre qui fait partie de l'équipe du Centre de référence VIH et qui figure sur une des listes visées à l'article 5 de la présente convention.

⇒ **pour les bénéficiaires de 20 ans ou plus**, une consultation médicale doit avoir été réalisée au cours de la période d'un an dont question à l'alinéa premier du présent paragraphe avec :

- un médecin spécialiste en médecine interne ou un médecin de base qui fait partie de l'équipe du Centre de référence VIH qui figure sur une des listes visées à l'article 5 de la présente convention.

Ce médecin a, pour ce faire, porté en compte une consultation dans le cadre de la nomenclature des prestations de santé précitée.

§ 3. Forfait annuel majoré

Le forfait annuel majoré peut être porté en compte uniquement pour les bénéficiaires dont question à l'article 2 de la présente convention faisant partie d'un des groupes à risque suivants au cours de la période concernée visée au § 6 du présent article :

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

Le forfait annuel majoré consiste en la réalisation des actes qui sont requis de part la situation pathologique et psychosociale du bénéficiaire visé par l'alinéa premier du présent paragraphe, dans le cadre de son programme multidisciplinaire individuel tel que défini à l'article 9 de la présente convention, durant une

période d'un **an** (date à date) comme visée au § 6 du présent article ; en dehors des prestations médicales portées en compte dans le cadre de la nomenclature des prestations de santé.

Un seul forfait annuel majoré ne peut être porté en compte pour une période de 1 an et par bénéficiaire.

Ce forfait n'est facturable que lorsque l'accompagnement d'un bénéficiaire visé à l'alinéa premier du présent paragraphe répond aux conditions minimales que le présent paragraphe impose tant en ce qui concerne les contacts en face à face avec l'équipe thérapeutique non médicale que la/les consultation(s) médicale(s) exigée(s).

- Conditions relatives aux contacts en face à face avec l'équipe thérapeutique non médicale

Au cours de la période d'un an dont question à l'alinéa premier du présent paragraphe, **4 contacts** en face à face (en présence du bénéficiaire) d'une durée totale **d'au minimum 2 heures** doivent avoir été réalisés ; ces contacts 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^{er} de la loi coordonnée précitée. Ces **4 contacts** en face à face (en présence du bénéficiaire) doivent avoir été réalisés sur **au moins 4 jours différents**.

Seuls les contacts avec les membres de l'équipe qui remplissent les fonctions thérapeutiques non médicales visées par l'article 5 § 1^{er}, point c) peuvent être pris en compte.

Par face à face, il y a lieu d'entendre une rencontre entre le bénéficiaire et au moins un membre de l'équipe thérapeutique multidisciplinaire non médicale telle que définie à l'article 5 § 1^{er}, point c). Aucune intervention par téléphone, courrier ou voie électronique n'est considérée comme un face à face.

Si plusieurs membres de l'équipe ont simultanément une rencontre avec le bénéficiaire, 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^{er} point b). de la présente convention ne peut compter dans le calcul du nombre d'heure en face à face avec le bénéficiaire.

- Conditions relatives à la/les consultation(s) médicale(s) exigée(s)

Au cours de la période d'un an dont question à l'alinéa premier du présent paragraphe :

⇒ **pour les bénéficiaires de moins de 16 ans (pas en cas de grossesse)**, une consultation médicale doit avoir été réalisée avec :

- un pédiatre qui fait partie de l'équipe du Centre de référence VIH qui figure sur une des listes visées à l'article 5 de la présente convention.

⇒ **pour les bénéficiaires de moins de 16 ans (en cas de grossesse)**, des consultations médicales doivent avoir été réalisées avec :

- un pédiatre qui fait partie de l'équipe du Centre de référence VIH qui figure sur une des listes visées à l'article 5 de la présente convention ET;
-

- un gynécologue qui fait partie de l'équipe du Centre de référence VIH.

⇒ **pour les bénéficiaires de 16 ou 17 ans (pas en cas de grossesse)**, une consultation médicale doit avoir été réalisée avec :

- un médecin spécialiste en médecine interne ou un médecin de base qui fait partie de l'équipe du Centre de référence VIH qui figure sur une des listes visées à l'article 5 de la présente convention OU ;
- un pédiatre qui fait partie de l'équipe du Centre de référence VIH qui figure sur une des listes visées à l'article 5 de la présente convention.

⇒ **pour les bénéficiaires de 16, 17, 18 ou 19 ans (en cas de grossesse)**, des consultations médicales doivent avoir été réalisées avec :

- un gynécologue qui fait partie de l'équipe du Centre de référence VIH, ET
- soit un médecin spécialiste en médecine interne ou un médecin de base qui fait partie de l'équipe du Centre de référence VIH qui figure sur une des listes visées à l'article 5 de la présente convention;
- soit un pédiatre qui fait partie de l'équipe du Centre de référence VIH qui figure sur une des listes visées à l'article 5 de la présente convention.

⇒ **pour les bénéficiaires de 20 ans ou plus (en cas de grossesse)**, des consultations médicales doivent avoir été réalisées avec :

- un médecin spécialiste en médecine interne ou un médecin de base qui fait partie de l'équipe du Centre de référence VIH qui figure sur une des listes visées à l'article 5 de la présente convention ET;
- un gynécologue qui fait partie de l'équipe du Centre de référence VIH.

Ce/ces médecin(s) a/ont, pour ce faire, porté en compte une consultation dans le cadre de la nomenclature des prestations de santé précitée.

Limitation du nombre de forfait annuel majoré pouvant être porté en compte pour certains bénéficiaires

⇒ **Pour les enfants séronégatifs qui ont été exposés in utero à des traitements antirétroviraux pour lesquels demeure toujours une inconnue quant aux effets secondaires éventuels de ces traitements : 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^{ième} année), doit obligatoirement débuter avant le 4^{ième} anniversaire de l'enfant. Pour une année de prise en charge qui débute au 4^{ième} 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^{ième} année), doit obligatoirement débuter avant le 18^{ième} anniversaire de l'enfant. Pour une année de prise en charge qui débute au 18^{ième} anniversaire ou à une date ultérieure, le forfait annuel majoré ne peut jamais être remboursé.

Conditions spécifiques

Si le forfait majoré est porté en compte, aucun forfait annuel de base ne peut être porté en compte pour ce bénéficiaire durant l'année pour laquelle ce forfait majoré est dû ni aucun forfait dont question au § 4 du présent article.

Dans le cas où pour un bénéficiaire (qui fait partie du groupe cible des bénéficiaires qui peuvent prétendre au forfait majoré), le nombre de contacts exigés pour entrer en ligne de compte pour un forfait majoré en vertu des dispositions du présent paragraphe n'est pas atteint mais que le nombre de contacts exigés pour entrer en ligne de compte pour un forfait de base en vertu des dispositions du § 2 du présent article est atteint, un forfait de base peut être porté en compte pour ce bénéficiaire.

§ 4. Forfait spécifique en cas de grossesse pour les bénéficiaires pour lesquels un forfait annuel de base a été porté en compte aux organismes assureurs

Dans le cas où un bénéficiaire, pour lequel un forfait annuel de base dont question au § 1^{er} du présent article a été porté en compte à son organisme assureur, entame une grossesse au cours de la période d'un an couverte par le forfait annuel de base, un forfait spécifique en cas de grossesse peut être porté en compte en sus du forfait annuel de base pour cette même période.

Ce forfait spécifique ne peut être cumulé qu'avec le forfait annuel de base dont question au § 2 du présent article au cours de la même période d'un an couverte par ce forfait annuel de base.

Ce forfait spécifique en cas de grossesse n'est facturable que lorsque le bénéficiaire répond à toutes les conditions suivantes :

- Un forfait de base doit avoir été porté en compte à l'organisme assureurs du bénéficiaire concerné
- Une grossesse doit avoir débutée dans le courant de la période d'un an couverte par le forfait annuel de base
- Contacts en face à face avec l'équipe thérapeutique non médicale à réaliser

Au cours de cette période d'un an couverte par le forfait annuel de base déjà porté en compte à l'organisme assureur du bénéficiaire, **4 contacts** en face à face (en présence du bénéficiaire) d'une durée totale **d'au minimum 2 heures** ; contacts 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^{er} de la loi coordonnée précitée. Ces **4 contacts** en face à face (en présence du bénéficiaire) doivent avoir été réalisés sur **au moins 4 jours différents**.

Seuls les contacts en face à face avec les personnes qui remplissent les fonctions thérapeutiques non médicales visées par l'article 5 § 1^{er}, point c) peuvent être pris en compte.

Par face à face, il y a lieu d'entendre une rencontre entre le bénéficiaire et au moins un membre de l'équipe thérapeutique multidisciplinaire non médicale telle que définie à l'article 5 § 1^{er}, point c). Aucune intervention par téléphone, courrier ou voie électronique n'est considérée comme un face à face.

Si plusieurs membres de l'équipe ont simultanément une rencontre avec le bénéficiaire, 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^{er} point b) de la présente convention ne peut compter dans le calcul du nombre d'heure en face à face avec le bénéficiaire.

- Consultations médicales à réaliser

Le bénéficiaire doit avoir eu, dès que le Centre de référence VIH a pris connaissance de la grossesse et dans la période restante couverte par le forfait annuel de base, une consultation avec :

- soit un médecin spécialiste en médecine interne ou un médecin de base qui fait partie de l'équipe du Centre de référence VIH qui figure sur une des listes visées à l'article 5 de la présente convention OU ;
- soit un pédiatre qui fait partie de l'équipe du Centre de référence VIH (uniquement dans le cas où le bénéficiaire a 18 ou 19 ans) qui figure sur une des listes visées à l'article 5 de la présente convention ET ;
- un gynécologue qui fait partie de l'équipe du Centre de référence VIH.

Conditions spécifiques

Une nouvelle demande d'intervention telle que visée à l'article 24 ne doit pas être introduite pour ce forfait spécifique. Dans le cas où le médecin-conseil a marqué son accord pour la prise en charge du bénéficiaire dans le cadre de la convention, le Centre de référence VIH peut porter en compte ce forfait spécifique à l'organisme assureur du bénéficiaire, dès que les conditions pour le faire sont réunies.

Il n'est pas exclu que ce forfait spécifique soit porté en compte pour plusieurs années consécutives si toutes les conditions pour le faire sont respectées.

§ 5. Pour chaque nouvelle période de 1 an considérée, les compteurs concernant les contacts en face à face avec les membres de l'équipe thérapeutique non médicale et les consultations médicales exigées auprès du bénéficiaire sont remis à zéro.

§ 6. Le premier forfait réalisé dans le cadre de la présente convention débute à la date **du premier contact** entre le bénéficiaire et l'équipe multidisciplinaire (consultation médicale ou contact avec un membre de l'équipe thérapeutique non médicale), 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 ou majoré, on considère que cette prestation débute au jour et au mois de début originaux (= date du 1^{er} 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^{er} 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^{er} contact qui a donné lieu à la toute première intervention + 1an, + 2 ans, etc.). La prestation ne sera facturable que si les contacts exigés ont été réalisés durant la période d'un an qui suit.

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

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

Article 11.

§ 1. Les montants des prestations remboursables en vertu de l'article 10 de la présente convention couvrent toutes les interventions et démarches (contacts auprès du bénéficiaire et travail indirect) effectuées par les membres de l'équipe définie dans la présente convention au bénéfice des bénéficiaires visés par l'article 2 de 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 l'article 10 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 (Article 10 § 2)	664,01 €	641,88 €	22,13 €
Pour le forfait annuel majoré (Article 10 § 3)	996,02 €	962,82 €	33,20 €
Pour le forfait spécifique (Article 10 § 4)	332,01 €	320,94 €	11,07 €

§ 3. La partie indexable est liée à l'indice pivot des prix à la consommation (indice pivot 105,10 de septembre 2018 – Base 2013). Cette partie indexable est adaptée selon les dispositions de la loi du 1^{er} 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 conditions pour le faire sont réunies (tant en ce qui concerne la/les consultations médicales exigées que les contacts avec les membres de l'équipe thérapeutique non médicale) conformément aux dispositions fixées par l'article 10 de la présente convention.

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

787754 pour le forfait de base (article 10 § 2) des bénéficiaires ambulatoires
787765 pour le forfait de base (article 10 § 2) des bénéficiaires hospitalisés
787776 pour le forfait majoré (article 10 § 3) des bénéficiaires ambulatoires
787780 pour le forfait majoré (article 10 § 3) des bénéficiaires hospitalisés

787975 pour le forfait spécifique en cas de grossesse (article 10 § 4) pour des bénéficiaires ambulatoires
787986 pour le forfait spécifique en cas de grossesse (article 10 § 4) pour des bénéficiaires hospitalisés

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

§ 6. Le Centre de référence VIH s'engage à répondre aux besoins de tout bénéficiaire pour lequel le médecin-conseil 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 du Centre de référence VIH dans le courant d'une période annuelle du programme suivi dans l'autre établissement.

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

Le médecin-conseil informe le Centre de référence VIH qu'il s'agit d'un tel bénéficiaire.

Pour la période annuelle en cours de ce programme, aucune nouvelle intervention de l'assurance dans le cadre de la présente convention n'est due pour ce bénéficiaire.

PROGRAMME SPECIFIQUE POUR LE SUIVI DES BENEFICIAIRES SOUS PrEP

Article 12.

§ 1. Dans le cadre de la présente convention, un programme spécifique de suivi des bénéficiaires sous traitement prophylactique pré-exposition (pre-exposure prophylaxis, PrEP) est également remboursable. Ce programme est également mis en œuvre par les membres de l'équipe thérapeutique non médicale du Centre de référence VIH dont question à l'article 5 § 1^{er}, point c) de la présente convention et les médecins spécialistes en médecine interne actifs au sein du Centre de référence VIH qui figurent sur la liste visée à l'article 5 § 1^{er}, point b.1.1). de la présente convention.

§ 2. Ne peuvent bénéficier de ce programme que les bénéficiaires dont question au § 8750000 du Chapitre IV de l'Arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques et pour lesquels le médecin-conseil a donné un accord pour le remboursement des spécialités pharmaceutiques prévues.

Article 13.

Le programme de suivi des bénéficiaires visés à l'article 12 § 2 de la présente convention a pour but d'informer et de motiver le bénéficiaire sur l'utilisation correcte de la PrEP dont le Truvada par exemple et sur les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) ainsi que sur les recommandations générales de prévention.

Il a également pour but de suivre l'évolution des bénéficiaires quant à l'apparition des IST par un dépistage systématique des IST tout au long du programme (chaque trimestre), quant à l'observance au

traitement, à l'apparition d'éventuels effets secondaires indésirables liés au traitement et de faire le point sur l'efficacité du traitement.

Article 14.

Le programme prévu pour les bénéficiaires visés à l'article 12 de la présente convention court pour une période de 12 mois.

Cette période de 12 mois pendant laquelle court le programme prévu dans le cadre de la présente convention coïncide avec la période de 12 mois accordée par le médecin-conseil dans le cadre du remboursement de la spécialité pharmaceutique prévue au § 8750000 du Chapitre IV de l'Arrêté royal du 21 décembre 2001 susmentionné.

Article 15.

§ 1. Le forfait annuel PrEP ne peut être facturé que lorsque l'accompagnement d'un bénéficiaire visé répond aux conditions minimales que le présent paragraphe impose tant en ce qui concerne les contacts en face à face avec l'équipe thérapeutique non médicale que les consultations médicales.

- Conditions relatives aux contacts en face à face avec l'équipe thérapeutique non médicale

Au cours de la période de 12 mois dont question à l'article 14 de la présente convention, **2 contacts** en face à face (en présence du bénéficiaire) d'une durée totale **d'au minimum 30 minutes** doivent avoir été réalisés ; ces contacts 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^{er} de la loi coordonnée précitée. Ces **2 contacts** en face à face (en présence du bénéficiaire) doivent avoir été réalisés sur **au moins 2 jours différents**.

Un des 2 contacts exigés dans ce contexte doit être réalisé avec **l'infirmier du Centre de référence VIH** visé à l'article 5 § 1^{er} point c) de la présente convention.

Seuls les contacts en face à face avec les personnes qui remplissent les fonctions thérapeutiques non médicales visées à l'article 5 § 1^{er}, point c) peuvent être pris en compte.

Par face à face, il y a lieu d'entendre une rencontre entre le bénéficiaire et au moins un membre de l'équipe thérapeutique non médicale multidisciplinaire du Centre de référence VIH telle que définie à l'article 5 § 1^{er}, point c). Aucune intervention par téléphone, courrier ou voie électronique n'est considérée comme un face à face.

Si plusieurs membres de l'équipe ont simultanément une rencontre avec le bénéficiaire, 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 spécialiste en médecine interne du Centre de référence VIH ne peut compter dans le calcul du nombre d'heure en face à face avec le bénéficiaire.

- Conditions relatives aux consultations médicales obligatoires

Le bénéficiaire doit avoir eu **deux consultations médicales** avec le médecin spécialiste en médecine interne du Centre de référence VIH par période de 12 mois visée à l'article 14 de la présente convention :

- une consultation médicale pour lancer ou prolonger (pour une période de 12 mois) le remboursement des spécialités inscrites au § 8750000 du Chapitre IV de l'AR du 21 janvier 2001 susmentionné ;
- une autre consultation au cours de cette même période de 12 mois (mais à un jour différent que la consultation médicale dont question dans le Bullet précédent).

Ces consultations sont honorées via la nomenclature des prestations de santé.

Une consultation avec un médecin de base telle que visée à l'article 5 § 1^{er} point b.2 de la présente convention ne peut pas être prise en compte dans ce contexte.

Il est possible de réaliser, le même jour, une des 2 consultations médicales requises et 1 des 2 contacts en face à face requis avec les membres de l'équipe thérapeutique non médicale du Centre de référence VIH. Ainsi, il n'est pas exclu que le contact à réaliser avec l'infirmier de l'équipe du Centre de référence VIH en vertu des dispositions du présent article soit réalisé le même jour qu'une consultation médicale avec le médecin spécialiste en médecine interne du Centre de référence VIH.

§ 2. Un seul forfait annuel PrEP ne peut être porté en compte par bénéficiaire et par période de 12 mois visée à l'article 14 de la présente convention.

§ 3. Ce forfait annuel PrEP ne peut être cumulé avec aucun autre forfait prévu dans le cadre de la présente convention.

Article 16.

§ 1. Le montant du forfait annuel PrEP couvre toutes les interventions et démarches (contacts auprès du bénéficiaire et travail indirect) effectuées par les membres de l'équipe définie dans la présente convention au bénéfice des bénéficiaires visés à l'article 12 de la présente convention (à l'exception d'une partie importante des activités des médecins spécialistes en médecine interne pour lesquels des honoraires peuvent être portés en compte dans le cadre de la nomenclature des prestations de santé), ainsi que le remboursement des tests Chlamydia qui dépassent le nombre maximum de tests Chlamydia remboursables sur base de la nomenclature des prestations de santé.

§ 2. Le montant de la prestation remboursable en vertu de l'article 15 de la présente convention et dont un détail est rendu à ***l'annexe 4*** de la présente convention est fixé à :

	Total	Indexable	Non indexable
Forfait annuel PrEP	235,13 €	227,29 €	7,84 €

§ 3. La partie indexable est liée à l'indice pivot des prix à la consommation (indice pivot 105,10 de septembre 2018 – Base 2013). Cette partie indexable est adaptée selon les dispositions de la loi du 1^{er} 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 toutes les conditions fixées par la présente convention pour ce programme PrEP sont réunies.

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

787990 pour le forfait annuel PrEP pour des bénéficiaires ambulatoires

788001 pour le forfait annuel PrEP pour des bénéficiaires hospitalisés

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

Article 17.

L'autorisation donnée par le médecin-conseil dans le cadre des spécialités inscrites au § 8750000 du Chapitre IV de l'AR du 21 janvier 2001 susmentionné vaut également pour le programme PrEP dont il est question dans le cadre du présent Chapitre. Pour le remboursement du programme PrEP, une demande spécifique comme prévue à l'article 24 de la présente convention ne doit donc pas être introduite auprès du médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire.

Article 18.

Dans le cas où un bénéficiaire est déjà sous traitement PrEP avant la date d'entrée en vigueur de la présente convention et qu'un accord dans le cadre des spécialités inscrites au § 8750000 du Chapitre IV de l'AR du 21 janvier 2001 susmentionné pour ce faire a déjà été donné par le médecin-conseil, le programme de suivi PrEP prévu dans le cadre du présent Chapitre ne pourra débuter qu'à la prochaine autorisation de remboursement des spécialités inscrites au § 8750000 du Chapitre IV de l'AR du 21 janvier 2001 susmentionné donnée pour ce bénéficiaire.

Article 19.

Le Centre de référence VIH s'engage à répondre aux besoins de tout bénéficiaire qui suit un programme PrEP 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 du Centre de référence VIH dans le courant d'une période annuelle du programme de suivi PrEP 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 médecin-conseil informe le Centre de référence VIH qu'il s'agit d'un tel bénéficiaire.

Pour la période annuelle en cours de ce programme, aucune nouvelle intervention de l'assurance dans le cadre de la présente convention n'est due pour ce bénéficiaire.

Article 20.

Un dossier individuel tel que prévu à l'article 8 § 1^{er} de la présente convention doit également être tenu pour les bénéficiaires qui suivent un programme PrEP tel que prévu au présent Chapitre si ce n'est que le double du formulaire de demande d'intervention ou de prolongation ne doit pas figurer dans le dossier.

Les dispositions dont question à l'article 8 § 2 de la présente convention valent également pour le programme dont question dans le présent article.

ENVELOPPE GLOBALE DISPONIBLE

Article 21.

§ 1^{er}. L'enveloppe annuelle du Centre de référence VIH est fixée conformément au protocole faisant l'objet de *l'annexe 5*.

Conformément à ce protocole, 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 prévus dans le cadre de la présente convention et 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 du Centre de référence VIH.

§ 2. La date de début de la période annuelle accordée par le médecin-conseil déterminera l'année calendrier pour laquelle le forfait dû dans le cadre de la présente convention, porté en compte pour ce bénéficiaire, compte pour l'enveloppe annuelle de cette année calendrier.

§ 3. La partie indexable du montant dont il est question au § 1^{er} du présent article est liée à l'indice pivot 105,10 de septembre 2018 – Base 2013 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.

§ 4. Le Centre de référence VIH s'engage à ne pas dépasser l'enveloppe annuelle calendrier précitée (au § 1^{er} du présent article) dans sa facturation à tous les organismes assureurs confondus, pour toutes les prestations réalisées dans le cadre de la présente convention 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.

§ 5. L'enveloppe annuelle globale disponible par année calendrier permet au Centre de référence VIH 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 une partie des patients.

Article 22.

Le Collège des médecins-directeurs peut évaluer, sur base des données qui concernent au minimum 2 années complètes écoulées, la répartition des enveloppes entre les Centres de référence VIH en fonction de l'activité réelle de chaque Centre de référence VIH pendant ces minimums 2 années écoulées et du poids de chacun des Centres de référence VIH sur le budget disponible pour l'ensemble des Centres de référence VIH.

Pour déterminer quelle est l'activité réelle des Centres de référence VIH, le Collège des médecins-directeurs peut se baser sur le nombre d'accords donnés par les médecins-conseils des différents organismes assureurs pendant ces années dans le cadre de la présente convention.

Si le Collège des médecins-directeurs constate que l'activité réelle au cours de ces minimum 2 années écoulées varie fortement de l'activité dont il a été tenu compte pour fixer les enveloppes, le Collège des médecins-directeurs peut décider de revoir la répartition de ces enveloppes. Il ne pourra le faire qu'après en avoir averti les Centres de référence VIH et qu'après décision favorable du Comité de l'assurance.

Dans le cas où le Comité de l'assurance décide d'adapter effectivement les enveloppes des Centres de référence VIH, ces nouvelles enveloppes entreront en vigueur le 1^{er} janvier d'une année et ce, sans conclure un avenant spécifique qui règle cette question et sans avoir obtenu des Centres de référence VIH un accord à ce sujet. Le Service des soins de santé est cependant tenu de communiquer aux Centres de référence SIDA cette décision du Comité de l'assurance par le biais d'une lettre recommandée qui doit être envoyée au moins 3 mois avant la date d'entrée en vigueur des nouvelles enveloppes.

SUPPLEMENTS**Article 23.**

§ 1. Etant donné que le temps de travail médical remboursé dans le cadre de la présente convention sur base des prix des prestations (fixés aux articles 11 § 2 et 16 § 2 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, les 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 pour les patients visés par les articles 2 et 12 de la présente convention, qui sont effectuées par les médecins de base et les médecins-spécialistes en médecine interne, pédiatrie et gynécologie qui font partie de l'équipe médicale du Centre de référence VIH 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. Le Centre de référence VIH 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. Le Centre de référence VIH s'engage aussi à ne réclamer aux bénéficiaires aucun supplément par rapport aux prix fixés aux articles 11 § 2 et 16 § 2 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 24. *Demande d'accord d'intervention de l'assurance*

§ 1. Sans préjudice des dispositions de l'article 10 § 4 et 17 de la présente convention, pour tout bénéficiaire, l'intervention de l'assurance dans le coût des prestations, prévues dans le cadre de la présente convention, est subordonnée à un accord préalable du médecin-conseil de l'organisme assureur auquel le bénéficiaire est affilié ou inscrit 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 25 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 6** 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. Ce rapport médical doit être signé par un médecin (médecin spécialiste en médecine interne, pédiatre ou médecin de base) qui figure sur une des listes dont question à l'article 5 de la présente convention.

En cas d'accord, le médecin-conseil 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 25.

§ 2. Les demandes de prise en charge telles que visées au § 1^{er} du présent article doivent être introduites pour tous les bénéficiaires qui font partie des groupes cibles pour un forfait de base ou un forfait majoré et ce, même si en vertu des dispositions de l'article 21 § 4, en cas d'accord du médecin-conseil sur ces demandes, le Centre de référence VIH ne pourra pas facturer les prestations qui dépassent l'enveloppe annuelle disponible pour l'année calendrier concernée.

§ 3. Le Centre de référence VIH s'engage à informer le bénéficiaire et à l'aider dans les démarches à accomplir notamment en veillant au respect du délai fixé à cet effet.

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

§ 4. Le Centre de référence VIH s'engage à fournir au médecin-conseil toutes les informations qu'il juge utile afin de pouvoir se prononcer sur la prise en charge du programme du bénéficiaire.

Article 25. *Période d'intervention de l'assurance*

§ 1. Sans préjudice des dispositions des articles 10 § 4 et 17 de la présente convention, la période d'intervention de l'assurance dans un programme individuel, accordée par le médecin-conseil, débute, avec

le programme, à la date du premier contact en face à face entre le bénéficiaire et les membres de l'équipe (médicale ou non médicale) du Centre de référence VIH dont il est question à l'article 5 de la présente convention. Cette période commence à courir de la date de ce premier contact en face à face à (jour X d'une année) 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 bénéficiaire 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 médecin-conseil et dont, les cas échéant les modalités supplémentaires fixées par le médecin-conseil sont respectées.

§ 2. L'intervention pour le programme individuel au sujet duquel le médecin-conseil a pris une décision favorable prend fin lorsque le Centre de référence VIH décide de ne plus admettre un bénéficiaire. Cette décision doit être notifiée en temps voulu au bénéficiaire.

Article 26. *Modalités de facturation des prestations*

§ 1. Pour toutes les prestations prévues dans le cadre de la présente convention, le montant de l'intervention de l'assurance est porté en compte obligatoirement par le Centre de référence VIH à l'organisme assureur du bénéficiaire sur la base de la bande magnétique de l'établissement hospitalier dont le Centre de référence VIH fait partie ou est lié (facturation électronique obligatoire). Au moins une fois par année civile, le Centre de référence VIH fournit au bénéficiaire un récapitulatif de ce qu'il a porté en compte pour lui à son 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 27. *Chiffres de production*

§ 1. Le Centre de référence VIH tient un relevé exhaustif de tous les forfaits prestés dans le cadre de la présente convention. Ce relevé doit comporter une liste des bénéficiaires avec mention du type de forfait presté pour les bénéficiaires en question et la date de début de la période annuelle couvert par le forfait.

§ 2. Sur la base des données des relevés mentionnés au paragraphe précédent, le Centre de référence VIH 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.

Le Centre de référence VIH 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, le Centre de référence VIH 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 le Centre de référence VIH) sont suspendus d'office tant qu'il n'est pas satisfait à cet engagement.

Article 28. Comptabilité

Le pouvoir organisateur du Centre de référence VIH 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 7 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 présente 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 29.

§ 1. Il est permis au patient, dans le courant d'une période du programme suivi dans le Centre de référence VIH, de s'adresser à un autre Centre de référence VIH 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 Centre de référence VIH donne satisfaction à ses besoins.

§ 2. Le Centre de référence VIH 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, le Centre de référence VIH, 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. Le Centre de référence VIH s'engage à informer le patient sur le respect par le Centre de référence VIH de la protection de la vie privée comme cela est stipulé au § 2 du présent article.

Le Centre de référence VIH 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 traitées 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 30.

§ 1. Le Conseil d'accord institué dans le cadre de la présente convention 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 VIH 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 pris en charge dans le cadre de la présente convention conclue avec les Centres de référence VIH, 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 pris en charge dans le cadre 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 VIH en faveur des personnes atteintes par la maladie et des personnes bénéficiant de la PrEP.

§ 3. Le Conseil d'accord 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 le Centre de référence VIH 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 du Centre de référence VIH.

Si le Centre de référence VIH 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 37 § 2 de la présente convention.

PEER REVIEW

Article 31.

§ 1. Sciensano et les Centres de référence VIH 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. Elle comporte certaines données enregistrées de manière systématique et uniforme par les Centres de référence VIH, en ce qui concerne les programmes qu'ils réalisent. Cette base de données contient également des items spécifiques à enregistrer dans le cadre des traitements prophylactiques pré exposition (PrEP) et post exposition (PEP).

Sciensano analyse les données de la cohorte et rédige en concertation avec les Centres de référence VIH, 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 les rapports qui en sont tirés 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 VIH;
- 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 des contacts en face à face auprès des patients 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 § 9 du présent article.

§ 2. Le groupe d'expert visé au § 8 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 des rapports établis annuellement sur base de cette étude.
-

§ 3. Chaque Centre transmet ses données en respectant scrupuleusement la forme et les modalités fixées par le groupe d'experts. Sciensano 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 VIH conventionnés.

§ 4. Sur base de l'étude dont question au § 3 du présent article, Sciensano établit **annuellement** :

- Un **rapport public**
- Un **rapport destiné à l'INAMI**
- Un **profil de chaque Centre de référence VIH**

Ces rapports doivent être envoyés au Service des soins de santé au plus tard pour le 31 décembre de l'année qui suit l'année sur laquelle ils portent.

§ 5. Le rapport public :

Le rapport public contient des statistiques globales (où ni les patients, ni les Centres de référence VIH ne sont identifiables), ainsi qu'une analyse de ces statistiques. Ce rapport doit permettre aux Centres de référence VIH, 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. Ce rapport dresse la situation d'un point de vue épidémiologique (épidémiologie du sida et de l'infection à VIH en Belgique).

§ 6. Le rapport destiné à l'INAMI :

Ce rapport est destiné au Collège des médecins-directeurs et au Comité de l'assurance institués auprès du Service des soins de santé de l'INAMI. Dans ce rapport, les Centres de référence VIH et les éventuelles antennes ne sont pas nommément désignés et ne sont pas identifiables.

Ce rapport contient :

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Un Chapitre spécifique concernant tous les patients pris en charge par le Centre de référence VIH qui répondent aux groupe cible des bénéficiaires visés par l'article 2 de la présente convention (il s'agit des patients conventionnés et non conventionnés) ; 2. Un Chapitre spécifique concernant les patients visés par l'article 12 § 2 de la présente convention (bénéficiaires sous traitement PrEP) ; 3. Un Chapitre spécifique concernant les patients sous traitement post exposition (PEP) qui font l'objet d'une convention distincte. |
|--|

Dans le Chapitre dont question en point 1. ci-dessus (patients visés par l'article 2 de la présente convention), une analyse doit être portée sur :

- Le nombre de patients conventionnés et le nombre de patients non conventionnés pris en charge par le Centre de référence VIH;
- Le nombre de patients sous antirétroviraux dans le Centre de référence VIH;
- Le nombre de patients avec une charge virale indétectable;
- Le nombre de patients avec une charge virale indétectable parmi les MSM, SSA et IVDU;
- Le nombre de patients nouvellement diagnostiqués;
- Le nombre de patients nouvellement diagnostiqués pour lesquels la durée entre la demande de rendez-vous médical et le rendez-vous (avec un médecin figurant sur une des listes mentionnés à l'article 5 de la présente convention) est inférieur à 2 semaines;
- Le nombre de patients perdus de vue (patients n'ayant plus eu de contact avec le Centre de référence VIH depuis plus de 12 mois sans qu'il ait indiqué être suivi ailleurs ou être parti à l'étranger) ;
- Le nombre de patients perdus de vue revenus en soins après contact ;
- Le nombre de patients perdus de vue ayant été contactés (essai fructueux ou infructueux) ;
- Tant pour les patients conventionnés que non conventionnés, le nombre des contacts en face à face auprès des patients avec les différents membres de l'équipe.

Dans le Chapitre dont question en point 2. ci-dessus (PrEP), une analyse doit être portée sur :

- les données enregistrées par les Centres de référence VIH, en collaboration avec Sciensano, dans le cadre de la réglementation relative au remboursement des spécialités inscrites au § 8750000 du Chapitre IV de l'AR du 21 janvier décembre 2001 ;
- ainsi que les données spécifiques suivantes :
 - o Le nombre total de bénéficiaires chez qui un traitement PrEP a été initié;
 - o Le nombre de ces bénéficiaires qui sont encore effectivement sous traitement PrEP.

Dans le Chapitre dont question en point 3. ci-dessus (PEP), une analyse doit être portée sur les données enregistrées par les Centres de référence VIH, en collaboration avec Sciensano, sur base de l'article 10 de la convention conclue avec les Centres de référence VIH pour le traitement prophylactique en cas d'exposition accidentelle non professionnelle au virus de l'immunodéficience humaine ou d'exposition accidentelle professionnelle.

Ces différentes analyses doivent également faire état des différences constatées entre les différents Centres de référence VIH et les différentes antennes locales (si elles existent).

Le Collège des médecins-directeurs ou le Comité de l'assurance peut demander à ce que d'autres données soient enregistrées ou intégrées dans le rapport pour l'INAMI. L'organe de gestion visé à au § 8 du présent article s'engage à examiner ces demandes et à en tenir compte dans la mesure du possible lors de l'établissement du protocole d'enregistrement et du rapport ; il se prononce à ce sujet en toute autonomie. Si, dans certains cas, il s'avérait impossible d'accéder à ces demandes, l'organe de gestion visé au § 8 du présent article en préciserait les raisons dans le rapport à l'intention du Collège des médecins-directeurs et du Comité de l'assurance.

Des indicateurs de qualité qui concernent la mesure de la qualité de vie font l'objet d'une étude spécifique de la part de Sciensano à la date d'entrée en vigueur de la présente convention. Dès que Sciensano aura finalisé son travail de recherche et aura élaboré des instructions à ce sujet, les Centres de référence VIH sont tenus

de mettre en œuvre ce qui aura été convenu pour évaluer la qualité de vie des bénéficiaires suivis dans le cadre de la présente convention.

§ 7. Le profil de chaque Centre de référence VIH :

Ce profil est envoyé uniquement au Centre de référence VIH 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.

§ 8. La gestion de la cohorte est assurée par une instance de gestion, nommée *Groupe d'experts*. Celle-ci est présidée par un membre de Sciensano ; elle est composée comme suit :

- 2 représentants de Sciensano ;
- 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 Sciensano et des Centres de référence VIH 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 Sciensano sont définis dans un document signé par toutes les parties. Ce document précise les responsabilités de Sciensano en tant que « responsable du traitement », comme spécifié au § 9 du présent article.

§ 9. 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.

Sciensano 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.

§ 10. 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 Sciensano le montant annuel fixé sur base de la procédure convenue entre l'I.N.A.M.I. et Sciensano.

§ 11. Si le Service des soins de santé est informé, par le biais d'une lettre recommandée émanant de Sciensano, que le Centre de référence VIH 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 le Centre de référence VIH se conforme à ses obligations, à condition que le Centre de référence VIH 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.

§ 12. Si le Centre de référence VIH 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 au peer review prévu par le présent article de la convention et transmet pour ce faire toutes les données utiles en cette matière au Centre de référence VIH qui a signé la présente convention. Le Centre de référence VIH transmettra alors l'ensemble des données (les données de le Centre de référence VIH et les données du site de le Centre de référence VIH) à Sciensano.

DISPOSITIONS GENERALES

Article 32.

Afin de garantir la qualité de la prise en charge, le Centre de référence VIH s'engage à donner un exemplaire de la présente 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, le Centre de référence VIH 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 33.

§ 1^{er}. Le Centre de référence VIH 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.

§ 2. A la demande du Collège des médecins-directeurs, les Centres de référence VIH réaliseront une analyse portant sur l'activité des Centres de référence VIH par rapport aux patients visés à aux articles 2 et 12 § 2 de la présente convention et par rapport aux patients sous traitement post-exposition qui font l'objet d'une convention distincte. Par activité, il est entendu le nombre et la durée des contacts en face à face avec les membres de l'équipe du Centre de référence VIH qui ont été réalisés auprès des patients concernés ainsi que toutes autres données permettant de faire état de l'activité des Centres de référence VIH. Cette demande spécifique du Collège des médecins-directeurs ne pourra se faire que de manière ponctuelle et portera sur un enregistrement rigoureux temporaire des activités réalisées. La durée exacte de cet enregistrement rigoureux des activités sera déterminée par le Collège des médecins-directeurs.

A cet effet, il peut être fait appel à Sciensano.

§ 3. Le Collège des médecins-directeurs peut également, à tout moment, demander, pour chaque Centre de référence VIH, les éléments suivants :

- Une liste des présentations données par les membres de l'équipe du Centre de référence VIH destinés aux médecins généralistes, spécialistes, candidats spécialistes ou étudiants en médecine ;
 - Un relevé des réunions et des séminaires effectués par les membres de l'équipe du Centre de référence VIH pour former au dépistage décentralisé et démedicalisé ;
 - Un relevé des formations suivies par les membres de l'équipe du Centre de référence VIH ;
-

- Un relevé des réunions, contributions et séminaires effectués par les membres du Centre de référence VIH avec le secteur associatif et les groupes de patients ;
- La procédure écrite (qui prévoit les situations pour lesquelles le traitement PEP est débuté pendant les heures de garde) qui a été rédigée par chaque Centre de référence VIH destinée aux médecins cliniciens des Services des urgences.

Le Collège des médecins-directeurs peut également, à tout moment, demander, pour chaque Centre de référence VIH, une description du contenu des réunions multidisciplinaires organisées dans la cadre de la présente convention.

§ 4. Le Centre de référence VIH 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.

DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Article 34.

§ 1. Toute demande d'accord d'intervention de l'assurance (cf. l'article 24 de la présente convention) dont la période couverte par le forfait annuel a débutée avant l'entrée en vigueur de la présente convention est à traiter sur base des modalités qui étaient d'application dans le cadre de la précédente convention.

§ 2. Dans le cas où un bénéficiaire pour lequel un forfait de base a déjà été porté en compte à son organisme assureur avant la date d'entrée en vigueur de la présente convention, entame une grossesse dans la période d'un an couverte par ce forfait de base, un forfait supplémentaire en cas de grossesse ne peut être porté en compte que dans le cas où une partie de la période couverte par ce forfait de base se situe après le 1^{er} janvier 2019 (date d'entrée en vigueur de la présente convention) et uniquement si les conditions pour la facturation d'un tel forfait fixées par l'article 10 § 4 de la présente convention sont respectées.

Article 35.

§ 1. D'une part, le nombre de pédiatres, et d'autre part, le nombre total de médecins spécialistes en médecine interne et de médecins de base, peuvent dépasser les normes dont question à l'article 5, point b.3. de la présente convention. Cependant, le Centre devra évoluer progressivement vers les normes que fixe la présente convention en ce qui concerne le nombre de médecins. Ainsi, si le Centre de référence VIH dispose de trop de médecins dans un groupe (le groupe de pédiatres et/ou le groupe de médecins spécialistes en médecine interne et de médecins de base confondus) par rapport aux normes à respecter pour ce groupe de médecins, en cas de départ d'un médecin d'un groupe, il ne peut pas être remplacé dans ce groupe. Le Centre s'engage à ce sujet à prendre toutes les dispositions nécessaires afin d'atteindre les normes fixées par la présente convention.

En outre, il est attendu :

- du Centre de référence VIH qu'il dispose au minimum de 2 médecins spécialistes en médecine interne ;
- du médecin responsable du Centre de référence VIH qu'il travaille au minimum 0,25 ETP dans le cadre de la présente convention ;

et ce, dès l'entrée en vigueur de la présente convention.

Afin d'établir la première liste des médecins actifs dans le cadre de la présente convention (à partir de la date d'entrée en vigueur de la présente convention), le Centre de référence VIH est tenu d'envoyer au Service des soins de santé, les noms :

- des médecins spécialistes en médecine interne ;
 - des pédiatres ;
 - des médecins de base (en tenant compte des dispositions mentionnées à l'article 5, point b.2.1) qui prévoient que seuls les médecins de base qui faisaient partie de l'équipe médicale du Centre de référence VIH à la date du 1^{er} mars 2018 peuvent être mentionnés sur la liste) ;
- qu'il veut voir figurer sur la liste et qui répondent à toutes les conditions pour le faire en vertu de la présente convention au plus tard pour le 15 mars 2019.

Cette première liste devra quoi qu'il en soit faire l'objet d'un accord du Collège des médecins-directeurs avant sa publication.

En aucun cas, il ne sera tenu compte de plus de médecins que le nombre de médecins déjà communiqués à l'INAMI par le Centre de référence VIH en septembre 2018.

§ 2. Dans le cas où le Centre de référence VIH ne dispose pas d'un sexologue de niveau master comme stipulé à l'article 5 § 1^{er} point c) de la présente convention dans son équipe, à l'entrée en vigueur de la présente convention, le Centre de référence VIH dispose d'un délai allant jusqu'au 30 septembre 2023 pour répondre à cette condition. Ce délai n'est attribué qu'aux Centres de référence VIH dont un membre de l'équipe déjà actif qui fait partie intégrante de l'équipe suivra la formation lui permettant d'obtenir cette qualification.

Article 36

Sur base des dispositions de l'article 21 § 2 de la présente convention, la date de début de la période accordée par le médecin-conseil détermine l'année calendrier pour laquelle le forfait dû dans le cadre de la présente convention, porté en compte pour ce bénéficiaire, compte pour l'enveloppe annuelle de cette année calendrier.

Etant donné que les dispositions de l'ancienne convention concernant l'enveloppe annuelle sont d'application pour toute l'année 2018, il y a lieu de tenir compte du fait que :

- Les forfaits portés en compte en 2019 pour des prestations ayant une date de début en 2015 comptent encore pour l'enveloppe de l'année calendrier pendant laquelle les conditions de facturation de l'époque sont respectées ;
 - les forfaits portés en compte en 2019 ou plus tard pour des prestations ayant une date de début en 2016 comptent encore pour l'enveloppe de l'année calendrier pendant laquelle les conditions de facturation de l'époque sont respectées ;
 - les forfaits portés en compte en 2019 ou plus tard pour des prestations ayant une date de début en 2017 pour lesquelles les conditions de facturation de l'époque ne sont respectées qu'en 2018 comptent encore pour l'enveloppe de 2018 ;
 - les forfaits portés en compte en 2019 ou plus tard pour des prestations ayant une date de début en 2018 pour lesquelles les conditions de facturation sont déjà respectées en 2018 comptent également encore pour l'enveloppe de 2018 ;
-

- les forfaits portés en compte en 2019 ou plus tard pour des prestations ayant une date de début en 2018 pour lesquelles les conditions de facturation ne sont respectées qu'en 2019 ne comptent pour aucune enveloppe.

DUREE DE VALIDITE

Article 37

§ 1. La présente convention, faite en deux exemplaires et dûment signée par les deux parties, entre en vigueur le **1^{er} janvier 2019** et est conclue pour une durée déterminée de 3 ans ; soit jusqu'au 31 décembre 2021.

§ 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 relatif à l'encadrement
- ✕ Annexe 1 B : Exemple de progression du temps de travail dans le cadre de la convention
- ✕ Annexe 2 : Exemple d'application des dispositions conventionnelles relatif à la période de prise en charge d'un an (de la date x d'une année jusqu'à la date x-1 de l'année suivante)
- ✕ Annexe 3 : Détails du calcul du montant des prestations conventionnelles – forfait de base et forfait majoré
- ✕ Annexe 4 : Détail du calcul du montant de la prestation PrEP
- ✕ Annexe 5 : Protocole pour la fixation de l'enveloppe annuelle par Centre
- ✕ Annexe 6 : Formulaire de demande de prise en charge et rapport médical à annexer au formulaire

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,

Directeur général.



ANNEXE I A.

Exemple d'application des dispositions conventionnelles relatif à l'encadrement

Hypothèse de départ :

Pour l'année y, le Centre de référence VIH 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 250 patients			Norme du personnel 320 patients
Fonction	Nombre ETP par 250 patients	Heures par patient par année	Nombre ETP pour 320 patients
Médecin	0,10710	0,7	0,13709
Licence / Master (psychologie, sexologie)	0,38250	2,5	0,48960
Graduat / Bachelor (Diététicien, infirmier social ou assistant social, infirmier)	1,40759	9,2	1,80171
Secrétariat	0,25096	1,6403	0,32123
Total	2,14815	14,0403	2,74963

Encadrement nécessaire pour le forfait majoré :

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

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 VIH pour l'année y.

ANNEXE I B.

Exemple de progression du temps de travail dans le cadre de la convention

Forfait de base										
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	220 patients	300 patients	350 patients	400 patients	450 patients	500 patients	1000 patients	2000 patients
Médecin	0,10710	0,7	0,09425	0,12852	0,14994	0,17136	0,19278	0,21420	0,42840	0,85679
Licence / Master (Psychologie, sexologie)	0,38250	2,5	0,33660	0,45900	0,53550	0,61200	0,68849	0,76499	1,52999	3,05998
Graduat / Bachelor (Diététicien, infirmier social ou assistant social, infirmier)	1,40759	9,2	1,23868	1,68911	1,97062	2,25214	2,53366	2,81518	5,63035	11,26071
Secr.	0,25096	1,6403	0,22084	0,30116	0,35135	0,40154	0,45174	0,50193	1,00386	2,00771
Total	2,14815	14,0403	1,89037	2,57778	3,00741	3,43704	3,86667	4,29630	8,59259	17,18519

Il s'agit de chiffres indicatifs. L'encadrement doit toujours être adapté en fonction du nombre de patients conventionnés qu'un Centre de référence VIH suit. Des adaptations de l'encadrement peuvent donc également être nécessaires dans le cas où un Centre de référence VIH 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
Licence / Master (Psychologie, sexologie)	0,57375	3,75	0,05737	0,11475	0,12295	0,22950	0,28687	0,34425
Graduat / Bachelor (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
Total	3,22	21,06045	0,32222	0,64444	0,69048	1,28889	1,6111	1,9333

Il s'agit de chiffres indicatifs. L'encadrement doit toujours être adapté en fonction du nombre de patients conventionnés qu'un Centre de référence VIH 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 des dispositions conventionnelles relatif à la période d'un an de prise en charge
(du jour x d'une année jusqu'au jour x-1 de l'année suivante)

Exemple d'application de certaines dispositions de la convention

L'exemple ci-dessous vise à illustrer l'application de l'article 10 § 6 de la convention. Il a valeur de règle interprétative de ces dispositions.

Exemple d'application de l'article 10 § 6 :

(Exemple d'un patient qui entre en ligne de compte pour un forfait de base)

Un bénéficiaire rencontre une première fois un membre de l'équipe du centre de référence VIH, dans le cadre d'un programme de rééducation fonctionnelle, le 15.04.2019. Durant la période d'un an qui suit, le membre de l'équipe thérapeutique non médicale a au moins 2 contacts en face à face d'un total minimal d'une heure avec le bénéficiaire et le bénéficiaire a également eu, pendant cette période d'un an, au moins une consultation médicale. On considère alors que la réalisation de cette première prestation s'étend du 15.04.2019 au 14.04.2020 inclus.

Si, durant la période d'un an qui suit cette première période, le membre de l'équipe thérapeutique non médicale a au moins 2 contacts face à face d'un total minimal d'une heure avec le bénéficiaire et que le bénéficiaire a eu au moins une consultation médicale une nouvelle prestation est facturable. On considère, par convention, qu'elle débute le 15.04.2020 et qu'elle s'achève le 14.04.2021, quelles que soient les dates des contacts.

Si ensuite, le membre de l'équipe thérapeutique non médicale **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 et/ou n'a pas eu la consultation médicale exigée, 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 avec l'équipe thérapeutique non médicale et dans le cas où le bénéficiaire a eu au moins une consultation médicale, quelles que soit les dates des contacts.

Par exemple, le bénéficiaire n'a qu'un seul contact avec le centre pendant la période du 15.04.2021 au 14.04.2022 (donc pas de forfait annuel dû pour cette période), mais dans la période annuelle suivante (du 15.04.2022 au 14.04.2023), les membres de l'équipe thérapeutique non médicale ont au moins eu 2 contacts en face à face d'un total minimum d'une heure avec le bénéficiaire et le bénéficiaire a eu au moins une consultation médicale au cours de cette période, le forfait annuel est dû pour la période du 15.04.2022 au 14.04.2023, quelles que soient les dates des contacts.

ANNEXE III

Détails du calcul du montant du forfait de base et du forfait majoré

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	0,1071	169.536,02 €	18.157,31 €
Assistant social ou infirmier social		3,5	875	0,5355	62.756,70 €	33.606,21 €
Infirmier		4,5	1125	0,68849	62.756,70 €	43.207,36 €
Dietéticien		1,2	300	0,1836	62.756,70 €	11.522,13 €
Psychologue / Sexologue		2,5	625	0,3825	79.424,70 €	30.379,95 €
Secrétariat administratif		1,6403	410,075	0,25096	49.926,96 €	12.529,67 €
TOTAL		14,0403	3510,075	2,14815		149.402,62 €

Le total annuel des frais induits par la convention s'élève à, pour 250 patients, 149.402,62 € (frais de personnel) auxquels sont ajoutés les frais généraux d'un montant de 16.600,29 €. Le total annuel s'élève donc à 166.002,91 €.

Soit un montant annuel par patient et par prestation de 664,01 € (montant lié à l'indice pivot 105,10 de septembre 2018 – Base 2013) :

- dont une partie indexable de : 641,88 €
- dont une partie non indexable de : 22,13 €

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	169.536,02 €	27.235,96 €
Assistant social ou infirmier social		5,25	1312,5	0,80324	62.756,70 €	50.408,69 €
Infirmier		6,75	1687,5	1,03274	62.756,70 €	64.811,35 €
Dietéticien		1,8	450	0,2754	62.756,70 €	17.283,19 €
Psychologue / Sexologue		3,75	937,5	0,57375	79.424,70 €	45.569,92 €
Secrétariat administratif		2,46	615,1125	0,37645	49.926,96 €	18.795,00 €
TOTAL		21,06045	5265,1125	3,22222		224.104,12 €

Le total annuel des frais induits par la convention s'élève à, pour 250 patients, 224.104,12 € (frais de personnel) auxquels sont ajoutés les frais généraux d'un montant de 24.900,46 €. Le total annuel s'élève donc à 249.004,58 €.

Soit un montant annuel par patient et par prestation de 996,02 € (montant lié à l'indice pivot 105,10 de septembre 2018 – Base 2013) :

- dont une partie indexable de : 962,82 €
- dont une partie non indexable de : 33,20 €

ANNEXE IV

Détail du calcul du montant de la prestation PrEP

Calcul du coût de l'encadrement nécessaire au suivi des patients PrEP

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. On part du principe qu'un équivalent temps plein travaille effectivement 1634 heures par année.

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).

Frais de personnel				
Fonctions	Heures/Patient/An	Coût salarial annuel pour 1 ETP	Coût salarial par heure de travail effective	Coût salarial/Patient/An
Médecin	0,7	169.536,02 €	103,76 €	72,63 €
Graduat / Bachelor (Assistant social, infirmier social, infirmier, diététicien)	1	62.756,70 €	38,41 €	38,41 €
Licence / Master (Psychologie, sexologie)	1	79.424,70 €	48,61 €	48,61 €
Secrétariat administratif	0,45	49.926,96 €	30,56 €	13,75 €
TOTAL	3,15			173,39 €
Frais des tests : 2 tests Chlamydia * = 61,74 €				
Frais de personnel + Frais des tests = 173,39 € + 61,74 € = 235,13 €				

* Il s'agit du remboursement de 2 tests Chlamydia qui dépassent le nombre maximum de tests remboursables sur base de la nomenclature.

Le montant de la prestation PrEP s'élève à 235,13 € (montant lié à l'indice pivot 105,10 de septembre 2018 – Base 2013) :

→ dont une partie indexable de : 227,29 €

→ dont une partie non indexable de : 7,84 €

ANNEXE V

Protocole pour la fixation de l'enveloppe annuelle

L'article 21 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 le Centre de référence VIH ne peut pas dépasser.

Cette enveloppe budgétaire a été calculée sur base des principes suivants :

1) La moyenne du nombre d'accords donnés par les organismes assureurs dans le cadre de la précédente convention pour les années 2014, 2015 et 2016 (la date de début de l'accord donné détermine l'année pour laquelle cet accord est prise en compte).

Ces nombres ont été transmis à l'INAMI par les organismes assureurs eux-mêmes.

Pour les Centres de référence VIH qui n'atteignaient pas une moyenne de 220 accords donnés dans le cadre de la précédente convention et pour le Centre de référence VIH d'Hasselt (nouveau Centre de référence VIH à la date d'entrée en vigueur de la présente convention), il a effectivement été tenu compte de 220 accords donnés (soit le nombre minimum de patients VIH qu'un centre est censé de suivre dans le cadre de la convention).

Pour le Centre de référence de Brugge, il a été tenu compte du nombre d'accords donnés en 2016 (dernière année complète disponible pour ce centre qui n'est conventionné que depuis août 2014 et dont le nombre de patients a augmenté beaucoup en 2015 et 2016).

2) Pour chaque centre, le nombre d'accords donnés dont il est question dans le premier point a ensuite été divisé par le nombre total d'accords donnés pour l'ensemble des Centres de référence VIH (nouveau Centre de référence VIH d'Hasselt inclus) ayant conclu la convention VIH.

Ainsi, une proportion du nombre d'accords donnés par Centre par rapport au nombre total d'accords donnés pour tous les Centres de référence VIH a pu être établie.

3) Le budget disponible pour tous les Centres de référence VIH est de 7.133.700,83 €.

Le budget disponible de **7.133.700,83 EUR** pour l'ensemble des Centres de référence VIH a ensuite été réparti par Centre de référence VIH en fonction de la proportion attribuée à chaque Centre de référence VIH en vertu du point 2) de la présente annexe.

**

Application des principes énumérés ci-avant au Centre de référence VIH :

- Proportion attribuée au Centre de référence VIH = ## %
- 7.133.700,83 € X ## % = ##### €

L'enveloppe annuelle est donc fixée à ##### EUR.

ANNEXE VI.**Formulaire de demande d'intervention et rapport médical à annexer****FORMULAIRE DE DEMANDE D'INTERVENTION DE L'ORGANISME ASSUREUR
DANS LE COUT DU SUIVI PAR UN CENTRE DE REFERENCE VIH**

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 conclue avec les Centres de référence VIH.

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 L'ARTICLE 2 DE LA CONVENTION

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

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 VIH 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 du Centre - les interventions de praticien de l'art infirmier, de psychologue/de sexologue/d'assistant social ou d'infirmier social/de diététicien, si leur intervention est indiquée au cours du suivi.

Je déclare avoir été informé du fait qu'un suivi par le médecin du Centre (sans intervention d'un psychologue/d'un sexologue/d'un assistant social ou d'un infirmier 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).

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)

Réservé au Médecin-conseil
<p>Date de réception de la présente demande par le médecin-conseil :/..../.....</p> <p>Décision :</p> <p><input type="checkbox"/> Favorable</p> <p><input type="checkbox"/> Défavorable :</p> <p>Motivation :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Autre :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'INTERVENTION DE L'ORGANISME ASSUREUR
DANS LE COUT DU SUIVI PAR UN CENTRE DE REFERENCE VIH**

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 VIH.

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 L'ARTICLE 2 DE LA CONVENTION

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

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 VIH 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 du Centre - les interventions de praticien de l'art infirmier, de psychologue/de sexologue d'assistant social ou d'infirmier social, de diététicien, si leur intervention est indiquée au cours du suivi.

Je déclare avoir été informé du fait qu'un suivi par le médecin du Centre (sans intervention, d'un psychologue/d'un sexologue/d'un assistant social ou d'un infirmier 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 VIH, 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 VIH 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 au bénéficiaire et sa résidence principale : commune, rue et numéro)

Réservé au Médecin-conseil
<p>Date de réception de la présente demande par le médecin-conseil :/..../.....</p> <p>Décision :</p> <p><input type="checkbox"/> Favorable</p> <p><input type="checkbox"/> Défavorable :</p> <p>Motivation :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Autre :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

**RAPPORT MEDICAL A AJOUTER AU FORMULAIRE DE DEMANDE D'INTERVENTION
DE L'ORGANISME ASSUREUR DANS LE COUT DU SUIVI PAR UN CENTRE DE REFERENCE VIH**

A REMPLIR PAR LE CENTRE DE REFERENCE VIH

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)) :

- Le bénéficiaire entre en ligne de compte pour **un forfait annuel de base** :
- Porteur VIH faisant 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 (évitable) 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
 - Bénéficiaire porteur du VIH ou atteint du SIDA depuis plus de 10 ans qui, entre temps, est âgé de de 50 ans ou plus et qui présente des comorbidités liées à la maladie même ou aux effets secondaires de la prise de médicaments contre le VIH/SIDA pendant une très longue période

ou

- Le bénéficiaire entre en ligne de compte pour **un forfait annuel majoré** :
- Femme enceinte porteuse du VIH ou atteinte du SIDA
 - Nourrisson né de mère séropositive, qui en est toujours au stade de l'incertitude diagnostique
 - 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

Enfant séropositif de moins de 18 ans

III. Identification du Centre de référence VIH :

Numéro d'identification :

Nom et adresse :

.....

Nom et numéro de téléphone de la personne de contact :

.....

IV. Type de demande :

La présente demande concerne :

- Une première demande
 Une demande de prolongation

V. Dates des consultations médicales et des contacts en face à face avec les membres de l'équipe thérapeutique non médicale

→ LA CONSULTATION MEDICALE A ETE REALISEE PAR :

- le médecin spécialiste en médecine interne du Centre de référence VIH
 le médecin de base du Centre de référence VIH
 le pédiatre du Centre de référence VIH

Date de la consultation :/..../.....

A compléter en sus s'il s'agit d'un bénéficiaire en cas de grossesse :

- le gynécologue

Date de la consultation :/..../.....

→ CONTACTS EN FACE A FACE AVEC LES MEMBRES DE L'EQUIPE THERAPEUTIQUE NON MEDICALE² :

- Date du premier contact avec l'équipe thérapeutique non médicale :/..../.....

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

- infirmier infirmier social assistant social diététicien psychologue sexologue

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

- Date du deuxième contact avec l'équipe thérapeutique non médicale :/..../.....

² Dans le cas où, pour atteindre la durée minimum exigée des contacts sur base des dispositions conventionnelle avec les membres de l'équipe thérapeutique non médicale, il doit être mentionné plus de 4 contacts, il y a lieu d'annexer au présent rapport médical un document qui contient toutes les données nécessaires permettant de démontrer que le bénéficiaire a bien bénéficié des heures de contacts exigées. La discipline et la durée des contacts doivent également être mentionnées dans ce document.

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

infirmier infirmier social assistant social diététicien psychologue sexologue

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

- Date du troisième contact avec l'équipe thérapeutique non médicale :/..../.....

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

infirmier infirmier social assistant social diététicien psychologue sexologue

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

- Date du quatrième contact avec l'équipe thérapeutique non médicale :/..../.....

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

infirmier infirmier social assistant social diététicien psychologue sexologue

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

VI. Début et fin de la prise en charge demandée dans le cadre de la convention

→ La date de début de la période de prise en charge dans le cadre de la convention est la suivante :

..../..../.....

S'il s'agit **d'une première demande** : Par date de début, il est entendu la date du tout premier contact entre le patient et l'équipe du Centre (soit avec un médecin - en dehors des gynécologues - soit avec un membre de l'équipe thérapeutique non médicale) 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. La date la plus vieille mentionnée dans ce formulaire pour les dates des contacts ou consultations (en dehors des consultations avec le gynécologue) sera donc prise comme base pour fixer la date du début originale de la période de prise en charge.

S'il s'agit **d'une demande de prolongation** : Par date de début, il y a lieu d'entendre la date de début originale qui a été fixée antérieurement + 1 ans ou + 2 ans ou + 3 ans, etc.

→ La date de fin de la période de prise en charge dans le cadre de la convention est la suivante :

..../..../.....

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.

Les dates de la / des consultation(s) médicale(s) et des contacts en face avec l'équipe du Centre de référence VIH mentionnées sous V doivent être comprises dans cette période de prise en charge.

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

Nom :

.....

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

Signature :

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

E-mail : celine.franken@inami.fgov.be

Nos réf.: 1830/ CF/2018/SIDA

Bruxelles,

Madame,
Monsieur,

Concerne : Nouvelle convention VIH au 1er janvier 2019

Le Comité de l'assurance a approuvé, en sa séance du 17 décembre 2018, le texte de la nouvelle convention VIH à conclure avec les Centres de référence VIH. Cette convention entre en vigueur à la date du 1^{er} janvier 2019 et est valable pour une durée déterminée de 3 ans (soit jusqu'au 31 décembre 2021).

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 Centre de référence a conclu cette convention avec l'INAMI. Il est, dès lors, dans l'intérêt de votre Centre de nous renvoyer les deux exemplaires signés de la convention le plus rapidement possible.

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 votre Centre de référence VIH, ainsi que par le médecin responsable de l'équipe multidisciplinaire du Centre de référence VIH.

Le numéro d'identification de la convention, attribué à votre Centre de référence VIH est le même numéro que celui actif dans le cadre de l'ancienne convention, soit pour votre Centre de référence

VIH, 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.

Le **médecin-conseil** de l'organisme assureur du patient est compétent pour passer un accord individuel, pour chaque patient séparément, concernant le remboursement du programme. La règle relative aux **demandes tardives** 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**.

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, forfait majoré, forfait en cas de grossesse et forfait PrEP) peuvent être attestés tant pour les patients ambulatoires que pour les patients hospitalisés (année de prestation), **8 pseudo-codes** sont liés à la convention. Les pseudo-codes sont, conjointement aux prix qui sont d'application repris à l'**annexe 3** de la présente lettre.

Aucun **ticket modérateur** n'est redevable pour le forfait spécifique en cas de grossesse. Pour le forfait de base, le forfait majoré et le forfait PrEP, un ticket modérateur est redevable.

Sur base des dispositions de l'article 21 de la convention, votre Centre de référence VIH 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 21 § 2, tous les forfaits annuels pour une période annuelle de prise en charge avec une date de début en 2019 (et une date de fin au 31/12/2019 ou en 2020), comptent pour l'enveloppe annuelle de 2019, même dans le cas où ces forfaits ne sont portés en compte qu'en 2020, 2021 ou (exceptionnellement) 2022.

Sur base de cette enveloppe, votre Centre peut prendre en charge ## patients en forfait de base. Votre Centre de référence n'est quoi qu'il en soit pas obligé de disposer d'un encadrement calculé sur la base de plus de patients (cf. les dispositions de l'article 5 § 4 dernier alinéa de la convention).

Je rappelle que de part les dispositions de l'article 35 § 1^{er} de la convention, votre Centre est tenu de nous envoyer, **pour le 15 mars 2019** au plus tard, **les noms (et numéros d'identification INAMI)** :

- Des médecins spécialistes en médecine interne ;
- Des pédiatres,
- Des médecins de base (seuls les médecins de base qui faisaient partie de l'équipe médicale du Centre de référence à la date du 01/03/2018 peuvent être mentionnés sur la liste).

Pour pouvoir figurer sur la liste, les médecins doivent répondre aux conditions que la convention pose.

Je rappelle également qu'à partir du 01/07/2019, aucun Centre de référence VIH ne peut encore réaliser des activités conventionnelles au sein **d'une antenne** s'il n'a pas conclu un avenant à la convention. Je vous invite donc à faire le point rapidement de la situation et à introduire éventuellement une demande conformément à ce que la convention prévoit.

Mon Service reste à votre disposition pour toute autre demande de renseignement complémentaire.

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

G. VERSCUREN,
Conseiller.

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'INTERVENTION DE L'ORGANISME ASSUREUR
DANS LE COUT DU SUIVI PAR UN CENTRE DE REFERENCE VIH**

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 conclue avec les Centres de référence VIH.

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 L'ARTICLE 2 DE LA CONVENTION

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

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 VIH 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 du Centre - les interventions de praticien de l'art infirmier, de psychologue/de sexologue/d'assistant social ou d'infirmier social/de diététicien, si leur intervention est indiquée au cours du suivi.

Je déclare avoir été informé du fait qu'un suivi par le médecin du Centre (sans intervention d'un psychologue/d'un sexologue/d'un assistant social ou d'un infirmier 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).

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)

Réservé au Médecin-conseil
Date de réception de la présente demande par le médecin-conseil :/..../.....
Décision : <input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable :
Motivation :
<input type="checkbox"/> Autre :

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'INTERVENTION DE L'ORGANISME ASSUREUR
DANS LE COUT DU SUIVI PAR UN CENTRE DE REFERENCE VIH**

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 VIH.

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 L'ARTICLE 2 DE LA CONVENTION

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

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 VIH 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 du Centre - les interventions de praticien de l'art infirmier, de psychologue/de sexologue d'assistant social ou d'infirmier social, de diététicien, si leur intervention est indiquée au cours du suivi.

Je déclare avoir été informé du fait qu'un suivi par le médecin du Centre (sans intervention, d'un psychologue/d'un sexologue/d'un assistant social ou d'un infirmier 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 VIH, 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 VIH 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 au bénéficiaire et sa résidence principale : commune, rue et numéro)

Réservé au Médecin-conseil
Date de réception de la présente demande par le médecin-conseil :/..../.....
Décision : <input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable :
Motivation :
<input type="checkbox"/> 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 VIH**

A REMPLIR PAR LE CENTRE DE REFERENCE VIH

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)) :

- Le bénéficiaire entre en ligne de compte pour **un forfait annuel de base** :
- Porteur VIH faisant 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 (évitable) 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
 - Bénéficiaire porteur du VIH ou atteint du SIDA depuis plus de 10 ans qui, entre temps, est âgé de de 50 ans ou plus et qui présente des comorbidités liées à la maladie même ou aux effets secondaires de la prise de médicaments contre le VIH/SIDA pendant une très longue période

ou

- Le bénéficiaire entre en ligne de compte pour **un forfait annuel majoré** :
- Femme enceinte porteuse du VIH ou atteinte du SIDA
 - Nourrisson né de mère séropositive, qui en est toujours au stade de l'incertitude diagnostique
 - 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
 - Enfant séropositif de moins de 18 ans

III. Identification du Centre de référence VIH :

Numéro d'identification :

Nom et adresse :

.....
.....

Nom et numéro de téléphone de la personne de contact :

.....
.....

IV. Type de demande :

La présente demande concerne :

- Une première demande
- Une demande de prolongation

V. Dates des consultations médicales et des contacts en face à face avec les membres de l'équipe thérapeutique non médicale

→ LA CONSULTATION MEDICALE A ETE REALISEE PAR :

- le médecin spécialiste en médecine interne du Centre de référence VIH
- le médecin de base du Centre de référence VIH
- le pédiatre du Centre de référence VIH

Date de la consultation : .../.../.....

A compléter en sus s'il s'agit d'un bénéficiaire en cas de grossesse :

- le gynécologue

Date de la consultation : .../.../.....

→ CONTACTS EN FACE A FACE AVEC LES MEMBRES DE L'EQUIPE THERAPEUTIQUE NON MEDICALE¹ :

- Date du premier contact avec l'équipe thérapeutique non médicale : .../.../.....

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

- infirmier infirmier social assistant social diététicien psychologue sexologue

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

- Date du deuxième contact avec l'équipe thérapeutique non médicale : .../.../.....

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

- infirmier infirmier social assistant social diététicien psychologue sexologue

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

¹ Dans le cas où, pour atteindre la durée minimum exigée des contacts sur base des dispositions conventionnelle avec les membres de l'équipe thérapeutique non médicale, il doit être mentionné plus de 4 contacts, il y a lieu d'annexer au présent rapport médical un document qui contient toutes les données nécessaires permettant de démontrer que le bénéficiaire a bien bénéficié des heures de contacts exigées. La discipline et la durée des contacts doivent également être mentionnées dans ce document.

- Date du troisième contact avec l'équipe thérapeutique non médicale :/..../.....

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

infirmier infirmier social assistant social diététicien psychologue sexologue

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

- Date du quatrième contact avec l'équipe thérapeutique non médicale :/..../.....

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

infirmier infirmier social assistant social diététicien psychologue sexologue

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

VI. Début et fin de la prise en charge demandée dans le cadre de la convention

→ La date de début de la période de prise en charge dans le cadre de la convention est la suivante :
..../..../.....

S'il s'agit **d'une première demande** : Par date de début, il est entendu la date du tout premier contact entre le patient et l'équipe du Centre (soit avec un médecin - en dehors des gynécologues - soit avec un membre de l'équipe thérapeutique non médicale) 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. La date la plus vieille mentionnée dans ce formulaire pour les dates des contacts ou consultations (en dehors des consultations avec le gynécologue) sera donc prise comme base pour fixer la date du début originale de la période de prise en charge.

S'il s'agit **d'une demande de prolongation** : Par date de début, il y a lieu d'entendre la date de début originale qui a été fixée antérieurement + 1 ans ou + 2 ans ou + 3 ans, etc.

→ La date de fin de la période de prise en charge dans le cadre de la convention est la suivante :
..../..../.....

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.

Les dates de la / des consultation(s) médicale(s) et des contacts en face avec l'équipe du Centre de référence VIH mentionnées sous V doivent être comprises dans cette période de prise en charge.

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

Nom :

.....

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

Signature :