

Soins de Santé

Circulaire OA n° 2020/305 du 21 décembre 2020

370/2210

En vigueur à partir du 1 octobre 2020 jusqu'au 31 décembre 2022

Nouvelle convention conclue avec les centres d'accompagnement de la transidentité (secteur 7.76.2) à partir du 1er octobre 2020

En sa séance du 30 novembre 2020, le Comité de l'assurance a approuvé les textes de nouvelle convention avec les centres d'accompagnement de la transidentité (secteur 7.76.2) :

- La nouvelle convention conclue avec le centre d'accompagnement de la transidentité de l'U.Z. Gent (7.76.201.90) se trouve en **annexe 1** à la présente circulaire.
- La nouvelle convention conclue avec le centre d'accompagnement de la transidentité du CHU de Liège (7.76.202.89) se trouve en **annexe 2** à la présente circulaire.

Ces nouvelles conventions entrent en vigueur au **1^{er} octobre 2020** et terminent leurs effets au **31 décembre 2022**. L'ancienne convention conclue avec ces centres était d'application jusqu'au 30 septembre 2020 inclus (cf. circulaire OA 2017/394 du 22 décembre 2017 – rubrique 370/2011).

Les modifications par rapport à la convention précédente qui sont pertinentes pour les organismes assureurs sont commentées dans la présente circulaire :

1. Nature et prix des prestations

1.1 Nature des prestations

L'article 6 définit les prestations remboursables ainsi que les conditions qui doivent être remplies pour pouvoir attester ces prestations.

Dans le cadre de la convention, 5 prestations peuvent être réalisées :

- « séance d'accompagnement psychosocial individuelle », abrégée en « séance individuelle »,
- « séance d'accompagnement psychosocial familiale », abrégée en « séance familiale »,
- « séance d'accompagnement psychosocial en groupe », abrégée en « séance de groupe »,
- « entretien pré- ou postopératoire », abrégé en « entretien »,
- « forfait médicaments trimestriel », abrégé en « forfait médicaments »

La première prestation réalisée auprès d'un nouveau bénéficiaire doit toujours être une séance individuelle.

Chaque forfait médicaments couvre les analogues de la gonadoréline (GnRH) utilisés par le bénéficiaire, pour chaque période de traitement de 3 mois qui tombe complètement avant le 21^e anniversaire du bénéficiaire.

1.2 Prix des prestations

Les prix mentionnés à l'article 17, § 1^{er} de la nouvelle convention ont été calculés à l'indice pivot 107,20 (mars 2020 – base 2013) des prix à la consommation. Ces prix sont les suivants :

	pseudocode	total (en euros)	indexable	non-indexable
1. Séance individuelle (art. 6, § 2)	787916-787920	100,53	95,78	4,75
2. Séance familiale (art. 6, § 3)	791571-791582	150,80	143,67	7,13
3. Séance de groupe (art. 6, § 4) : prix par bénéficiaire qui assiste à la séance de groupe	791792-791803	33,51	31,93	1,58
4. Entretien (art. 6, § 5)	787931-787942	100,53	95,78	4,75
5. Forfait médic. (art. 6, § 7)	787953-787964	273,79	0	273,79

2. Nombre maximum de prestations remboursables

L'article 21 fixe le nombre maximum de prestations remboursables par bénéficiaire.

Le nombre maximum de séances remboursables (séances individuelles, séances familiales et séances de groupe) en faveur d'un même bénéficiaire est limité à 40 séances au total pour toute la durée de la prise en charge dans le cadre de la convention à répartir comme suit en fonction de l'âge du bénéficiaire :

- 1) Maximum 30 séances pour le bénéficiaire avant son 16^e anniversaire ;
- 2) Maximum 25 séances pour le bénéficiaire à partir de son 16^e anniversaire ;

Dans le cas où le bénéficiaire a épuisé le nombre maximum de 30 séances remboursables avant son 16^e anniversaire (point 1 ci-dessus), il ne peut plus bénéficier que de 10 séances remboursables à partir de son 16^e anniversaire (30 + 10 = 40) ; le maximum absolu étant, quoi qu'il en soit, fixé à 40 séances remboursables.

Dans le cas où le bénéficiaire atteint son 16^e anniversaire sans avoir épuisé le nombre maximum de 30 séances remboursables (point 1 ci-dessus), les séances restantes ne peuvent pas être ajoutées à la période suivante (point 2 ci-dessus) pour en augmenter le maximum ; ce maximum reste, dans tous les cas, fixé à 25 séances remboursables pour un maximum absolu de 40 séances remboursables. Par conséquent, si un bénéficiaire a bénéficié de 5 séances avant son 16^e anniversaire, il ne peut plus bénéficier que de 25 séances remboursables après son 16^e anniversaire. Pour un tel bénéficiaire, le maximum de 40 séances remboursables ne pourra pas être atteint.

Parmi les 40 séances dont question ci-avant, seules sont facturables un maximum de 5 séances familiales et de 5 séances de groupe.

Au cours d'une même année civile, le nombre maximum de prestations remboursables en faveur d'un même bénéficiaire est limité à 8 séances dont au maximum 2 séances familiales et au maximum 2 séances de groupe. Dans le décompte du nombre maximum de prestations (séances) remboursables, chaque séance familiale et chaque séance de groupe compte pour une prestation.

Au cours de la même journée, un bénéficiaire peut recevoir au maximum soit 2 séances individuelles, soit 1 séance individuelle et 1 entretien, soit 1 séance familiale, soit 1 séance de groupe.

Le nombre maximum d'entretiens remboursables en faveur d'un même bénéficiaire est fixé à 2 à partir de son 16^e anniversaire.

Un même bénéficiaire peut recevoir une intervention de l'assurance dans un seul forfait médicaments par période de 3 mois qui tombe complètement avant son 21^e anniversaire.

3. Demandes de prise en charge

Un nouveau modèle de rapport médical a été élaboré et se trouve en **annexe 3** à la présente circulaire. Le modèle de rapport médical a été adapté afin de tenir compte des nouvelles dispositions de la convention (nouvelles prestations, nouveaux maximums facturables, etc.). Ce modèle de rapport médical doit être utilisé pour toutes les demandes introduites à partir du 01/01/2021.

4. Dispositions transitoires

Les accords individuels qui ont été donnés dans le cadre de la précédente convention restent valables et continuent à courir jusqu'à leur date de fin.

Les bénéficiaires dont l'accord individuel a été donné dans le cadre de la précédente convention peuvent bénéficier des nouvelles prestations (séance familiale et séance de groupe) pour autant que toutes les conditions soient remplies. Le nombre maximum de prestations remboursables tel que visé à l'article 21 de la nouvelle convention s'applique également aux bénéficiaires dont l'accord individuel en cours a été donné dans le cadre de la précédente convention. Pour l'application des dispositions relatives au nombre maximum de prestations remboursables, il y a lieu de tenir compte des prestations réalisées dans le cadre de la précédente convention.

Les accords individuels pour des forfaits médicaments trimestriels donnés dans le cadre de la précédente convention doivent être prolongés automatiquement jusqu'à la veille du 21^e anniversaire du bénéficiaire.

Jusqu'au 31 décembre 2020, le centre peut déroger aux dispositions de l'article 21, § 1^{er} qui stipulent qu'« *Au cours d'une même année civile, le nombre maximum de prestations remboursables en faveur d'un même bénéficiaire est limité à 8 séances dont au maximum 2 séances familiales et au maximum 2 séances de groupe. Dans le décompte du nombre maximum de prestations (séances) remboursables, chaque séance familiale et chaque séance de groupe compte pour une prestation.* ». Par conséquent, au cours de l'année civile 2020, la limite par année civile fixée à un maximum de 8 séances remboursables en faveur d'un même bénéficiaire ne s'applique pas. **A partir du 1^{er} janvier 2021**, ces dispositions s'appliquent strictement à tous les bénéficiaires de la convention, en ce compris les bénéficiaires dont l'accord individuel a été donné dans le cadre de la précédente convention.

**

La présente circulaire remplace, à partir du 01/10/2020, la circulaire OA 2017/394 du 22 décembre 2017 – rubrique 370/2011 et toutes les circulaires qui concernent l'ancienne convention.

Le Fonctionnaire Dirigeant,

B. Van Damme
Directeur général des soins de santé

Annexes :

[Annexe 1 Convention Gand](#)

[Annexe 2 Convention Liège](#)

[Annexe 3 Rapport médical](#)

RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING

Openbare instelling opgericht bij de wet van 9 augustus 1963
TERVURENLAAN 211 - 1150 BRUSSEL

Dienst voor Geneeskundige Verzorging

OVEREENKOMST TUSSEN HET COMITE VAN DE VERZEKERING VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING VAN HET RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING EN HET UZ Gent, VOOR HET CENTRUM VOOR TRANSGENDERZORG van het gelijknamige ziekenhuis TE GENT

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, meer bepaald de artikelen 22, 6° en 23, § 3;

op voorstel van het College van artsen-directeurs, ingesteld bij de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering;

wordt overeengekomen wat volgt tussen:

enerzijds,

het Comité van de Verzekering voor Geneeskundige Verzorging, ingesteld bij de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering,

en anderzijds,

het UZ GENT, namens zijn centrum voor transgenderzorg van het gelijknamige ziekenhuis te GENT.

Artikel 1 Het centrum voor transgenderzorg UZ Gent, te GENT wordt in deze overeenkomst aangeduid met de term "centrum".

Artikel 2 Deze overeenkomst legt de betrekkingen vast tussen enerzijds het centrum en anderzijds de rechthebbenden van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, het RIZIV en de verzekeringsinstellingen, inzonderheid met betrekking tot het zorgprogramma, de verstrekkingen waarin is voorzien in deze overeenkomst, de noodzakelijke middelen voor het verrichten van die verstrekkingen, hun prijzen en de betalingswijze van die prijs.

I. RECHTHEBBENDEN VAN DE OVEREENKOMST

Artikel 3 Elke rechthebbende, bedoeld in deze overeenkomst, is een rechthebbende van de verzekering voor geneeskundige verzorging

1. die het centrum om psychosociale en zo nodig medische hulp vraagt betreffende zijn genderidentiteit of genderexpressie,
2. en/of de symptomen van een genderdysforie vertoont of reeds die diagnose heeft gekregen, volgens de omschrijving van de DSM-5 (code 302.6 [kinderen], 302.85 [adolescenten en volwassenen]), of eventueel van de ICD-11, of van een latere editie van deze classificaties.

II. DOELSTELLINGEN VAN DE ZORGPROGRAMMA'S

Artikel 4 § 1 Een persoon die beantwoordt aan de definitie van de rechthebbenden (artikel 3) kan een multidisciplinaire, psychosociale en zo nodig medische begeleiding nodig hebben. Het centrum kan hem een zorgprogramma aanbieden dat op zijn minst 3 van de volgende doelstellingen beoogt:

1. Klinische en wetenschappelijke competenties ter beschikking stellen van de rechthebbende, teneinde met hem en indien nodig met zijn omgeving, een volledig bilan op te stellen van de incongruentie tussen zijn genderidentiteit of genderexpressie en het hem toegewezen gender, en bepalen of een zorgprogramma aangewezen is.
2. Onderzoeken of eventueel genderdysforie aanwezig is en in voorkomend geval, deze diagnose stellen of bevestigen, onderzoek voeren naar de oorzaken ervan en naar de gevolgen ervan voor het leven van de rechthebbende.
3. De rechthebbende informeren en adviseren over de bestaande behandelingen, in het bijzonder de hormonale, medische en chirurgische genderaffirmerende behandelingen (aard van die behandelingen, therapietrouw die zij vereisen, afwegen van verwachte en ongewenste effecten).
4. De aangewezen behandelingen voorschrijven, coördineren en opvolgen; case-management.
5. De rechthebbende psycho-educatie aanbieden, zodat hij
 - bepaalde moeilijkheden die de genderdysforie met zich kan meebrengen in zijn dagelijkse leven overwint,
 - leert omgaan met de genderaffirmerende behandeling en met de gevolgen ervan.
6. Indien een chirurgische ingreep om het geslacht aan te passen wordt voorgeschreven, de rechthebbende doorverwijzen naar een ziekenhuis waar die ingreep wordt verricht, alle nodige contacten leggen met dat ziekenhuis en samen met dat ziekenhuis de zorgverlening organiseren (inplannen pre-operatief gesprek, raadplegingen bij de chirurg, heelkundige ingreep, ...).
7. De rechthebbende ondersteuning en advies bieden indien financiële obstakels het inplannen van chirurgische interventies bemoeilijken.

Het zorgprogramma dat vergoed wordt in toepassing van deze overeenkomst is niet bedoeld om monodisciplinaire psychotherapie of middellange of langdurige psychotherapie aan de rechthebbenden te verstrekken.

§ 2 Het centrum bouwt een samenwerkingsnetwerk uit met actoren uit de gezondheids- en welzijnssector - zoals de zorgverleners van de eerste lijn (artsen, psychologen), de ziekenhuizen, de CLB-centra, de centra voor geestelijke gezondheidszorg, de verenigingen, ... - die in contact komen

met personen met potentiële genderdysforie, zodat de personen die gespecialiseerde hulp nodig hebben, snel kunnen worden opgespoord en doorverwezen.

III. AARD VAN DE PROGRAMMA'S EN VAN DE VERSTREKKINGEN

Artikel 5 Elk individueel multidisciplinair zorgprogramma dat door deze overeenkomst wordt gedekt, bestaat uit het gecoördineerd geheel van handelingen die ten behoeve van een rechthebbende van de overeenkomst (artikel 3) worden verricht en die aangepast zijn aan zijn situatie, die nodig zijn om de doelstellingen bedoeld in artikel 4 te bereiken, en die niet door de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen (bijlage bij het KB van 14.09.1984) worden gedekt. Die handelingen worden door de leden van het therapeutisch team van het centrum (artikel 8) verricht in de vorm van individuele zittingen, familiale zittingen, groepszittingen of gesprekken (artikel 6) in de loop van de periode die door de adviserend arts van de verzekeringsinstelling is vastgelegd (artikel 18). De handelingen die opgenomen zijn in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen kunnen geïntegreerd worden in het zorgprogramma, maar worden niet gedekt door deze overeenkomst. De geneesmiddelen die worden gebruikt in het kader van het zorgprogramma worden terugbetaald conform de reglementering inzake de terugbetaling van geneesmiddelen, of bij gebrek aan terugbetaling, via het geneesmiddelenforfait bedoeld in artikel 6, § 6.

Artikel 6 § 1 Deze overeenkomst voorziet volgende verstrekkingen:

- "individuele psychosociale begeleidingszitting", afgekort "individuele zitting",
- "familiale psychosociale begeleidingszitting", afgekort "familiale zitting",
- "psychosociale groepsbegeleidingszitting", afgekort "groepszitting",
- het "preoperatief en post-operatief gesprek", afgekort "gesprek",
- het "driemaandelijks geneesmiddelenforfait", afgekort "geneesmiddelenforfait".

§ 2 Elke *individuele zitting* vereist de aanwezigheid, gedurende in totaal één uur, van één of meerdere therapeuten van het centrum, bedoeld in de punten 2 tot 5 van artikel 8, bij één rechthebbende, eventueel bijgestaan door zijn omgeving. De individuele zitting wordt gefactureerd tegen het bedrag dat in artikel 17, § 1, punt 1 is vastgesteld.

De zittingen die zouden plaatsvinden bij meerdere rechthebbenden tegelijkertijd, kunnen niet worden beschouwd als *individuele zittingen*. In het kader van onderhavige overeenkomst kunnen zij slechts aangerekend worden als zij voldoen aan de voorwaarden voor de *groepszittingen*. Enkel als er zich onder de naasten van een rechthebbende één of meerdere andere rechthebbenden bevinden, kan één enkele *individuele zitting* worden aangerekend voor één enkele rechthebbende die deelgenomen heeft aan die zitting waarbij meerdere rechthebbenden tegelijkertijd aanwezig zijn.

De eerste verstrekking die in het kader van onderhavige overeenkomst bij een nieuwe rechthebbende verricht wordt, is altijd een individuele zitting.

De handelingen uitgevoerd tijdens een *individuele zitting* kunnen de volgende zijn:

1. Het opstellen van een multidisciplinair bilan, met inbegrip van het afnemen van pertinente testen en het opmaken van relevante psychometrische schalen.
2. Het uitwerken van een geïndividualiseerd zorgplan dat alle verzorging omvat die in deze overeenkomst en in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen is voorzien, met inbe-

grip van het multidisciplinair overleg over de aan- of afwezigheid van een indicatie voor hormoontherapie en/of een (door een gespecialiseerde ziekenhuisdienst te realiseren) heelkundige ingreep.

3. Het informeren van de rechthebbende over de eventuele medische en psychosociale gevolgen van genderdysforie en de behandelingen ervan.
4. De indicatie stellen tot bepaalde verzorging, de coördinatie ervan en de begeleiding bij het verlenen van die verzorging; case-management dat de tussenkomst van meerdere zorgverstrekkers of verzorgingsdiensten vereist.
5. Het geven van psycho-educatie, over genderdysforie, over de verschillende consequenties van genderdysforie in het dagelijkse leven en/of over therapietrouw en de gevolgen van de behandeling, in het bijzonder de hormoontherapie en/of chirurgische interventies, in overeenstemming met de regels voor een goede praktijkvoering die op internationaal vlak zijn gevalideerd.
6. Het op een gepaste manier doorverwijzen van de rechthebbenden van wie de stoornissen niet door het centrum kunnen worden behandeld of gevolgd wegens hun aard, ernst of complexiteit.
7. Het verlenen van hulp aan de rechthebbende bij het vervullen van administratieve formaliteiten en bij het contact nemen met verzorgingsinstellingen, sociale diensten en administratieve diensten, teneinde het goede verloop van het geïndividualiseerde zorgplan te garanderen.
8. Het informeren van de rechthebbende over de relevante aspecten van de wetgeving.
9. De rechthebbende ondersteuning en advies bieden indien financiële obstakels het inplannen van chirurgische interventies bemoeilijken.

§ 3 Elke *familiale zitting* vereist de aanwezigheid, gedurende in totaal 1,5 uur, van één of meerdere therapeuten van het centrum, bedoeld in de punten 2 tot 5 van artikel 8, bij één rechthebbende die bijgestaan wordt door één of meerdere personen uit zijn omgeving. De familiale zitting wordt gefactureerd tegen het bedrag dat in artikel 17, § 1, punt 2 is vastgesteld.

Als er zich onder de personen uit de omgeving van een rechthebbende die aan een familiale zitting deelnemen, één of meerdere andere rechthebbenden bevinden, kan één enkele familiale zitting worden aangerekend voor één enkele rechthebbende die deelgenomen heeft aan die zitting die zou plaatsvinden bij meerdere rechthebbenden tegelijkertijd.

De familiale zitting heeft tot doel de vragen van de personen uit de omgeving van de rechthebbende te beantwoorden, aandacht te besteden aan de emotionele beleving van de genderidentiteit van de rechthebbende door de rechthebbende zelf en zijn omgeving, in die context aandacht te besteden aan de intrafamiliale relaties en die zo te verbeteren.

§ 4 Elke *groepszitting* vereist de aanwezigheid, gedurende in totaal 2 uur, van één of meerdere - in de punten 2 en 3 van artikel 8 vermelde - therapeuten van het centrum bij maximaal 10 rechthebbenden. De groepszitting wordt gefactureerd tegen het bedrag dat in artikel 17, § 1, punt 3 is vastgesteld.

De groepszitting heeft tot doel de gedachtenwisseling onder de rechthebbenden en het delen van ervaringen in verband met de genderidentiteit te bevorderen, onder het toezicht van één of meerdere therapeuten van het centrum die vermeld worden in de punten 2 en 3 van artikel 8.

§ 5 Elk *gesprek* vereist de aanwezigheid, gedurende in totaal één uur, van één of meerdere therapeuten van het centrum, bedoeld in de punten 2 tot 5 van artikel 8, bij één enkele rechthebbende die eventueel wordt bijgestaan door zijn omgeving. Het gesprek wordt gefactureerd tegen het bedrag dat in artikel 17, § 1, punt 4 is vastgesteld.

De eventuele gesprekken die zouden plaatsvinden bij meerdere rechthebbenden tegelijkertijd, worden niet als verstrekkingen beschouwd en kunnen geen aanleiding geven tot een verzekeringstegemoetkoming; zij mogen niet worden gefactureerd.

De handelingen uitgevoerd tijdens een *gesprek* kunnen de volgende zijn:

1. Het opstellen van een kort bilan dat toelaat om na te gaan of de rechthebbende een standvastige, definitieve beslissing heeft genomen en volledig geïnformeerd is over de te verwachten gevolgen op korte, middellange en lange termijn van de chirurgische ingreep en de mogelijke ongewenste effecten ervan;
2. Informatie geven over de praktische modaliteiten van de chirurgische ingreep, over het team dat deze ingreep zal uitvoeren,...
3. Een postoperatief gesprek kan uitgevoerd worden op vraag van de rechthebbende en/of na inschatting van de behandeld arts, om hem ondersteuning te bieden tijdens de ziekenhuisopname en eventuele complicaties van de chirurgie.

Een gesprek kan enkel verricht worden door een geconventioneerd centrum dat behoort tot het ziekenhuis dat de chirurgische ingreep om het geslacht aan te passen zal uitvoeren. Als het centrum niet tot dit ziekenhuis behoort, mag het dit gesprek niet factureren aan de verzekering voor geneeskundige verzorging, noch aan de rechthebbende. In voorkomend geval, kan het centrum de rechthebbende doorverwijzen naar een centrum dat behoort tot het ziekenhuis dat de chirurgische ingreep om het geslacht aan te passen zal uitvoeren. Dat centrum kan het gesprek verrichten zonder een aanvraag tot verzekeringstegemoetkoming zoals bedoeld in artikel 18 ingediend te hebben en het kan de tegemoetkoming verkrijgen voor de vergoedbare gesprekken als aan volgende voorwaarden is voldaan:

- het centrum heeft zelf onderhavige overeenkomst afgesloten,
- de rechthebbende werd naar het centrum doorverwezen door een centrum dat de rechthebbende opvolgt in het kader van onderhavige overeenkomst op basis van een nog geldig akkoord tot verzekeringstegemoetkoming dat gegeven is in toepassing van artikel 18.

§ 6 Elk *geneesmiddelenforfait* dekt de gonadoreline-analogen (GnRH) die de rechthebbende gedurende elke behandelingsperiode van 3 maanden die volledig vóór de 21^e verjaardag van de rechthebbende valt, gebruikt, in het kader van de verzorging die verleend wordt in toepassing van deze overeenkomst. Het kan slechts aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verzekering als aan alle volgende voorwaarden is voldaan:

1. het centrum behandelt de rechthebbende in het kader van een zorgprogramma, bedoeld in artikel 5, en heeft hem reeds minstens één vergoedbare individuele zitting verleend, conform § 2;
2. de gonadoreline-analogen worden niet terugbetaald in een ander kader;
3. ze worden voorgeschreven door de coördinerend arts bedoeld in artikel 8, § 1, 1 of door een kinder-endocrinoloog of een kinderpsychiater die in nauwe samenwerking werken met het therapeutisch team van het centrum, in toepassing van artikel 14, § 2.

Het geneesmiddelenforfait wordt gefactureerd tegen het bedrag dat in artikel 17, § 1, punt 5 is vastgesteld.

§ 7 De therapeut of therapeuten van het team, bedoeld in de punten 2 tot 5 van artikel 8, die tijdens de verstrekkingen waarvan sprake is in § 2 tot 5 tussenkomen, beschikken over de nodige competenties, afhankelijk van de verrichte handelingen.

De verstrekkingen bedoeld in § 2 tot 5 kunnen enkel worden verricht in de lokalen van het centrum waarvan sprake is in artikel 14, § 1.

§ 8 De raadplegingen bij de artsen-specialisten, alsook de andere vormen van verzorging en behandeling die reeds worden terugbetaald (de geneeskundige verstrekkingen die in de nomenclatuur zijn vastgelegd, de geneesmiddelen, ...), worden niet door deze overeenkomst gedekt; zij kunnen apart worden gefactureerd volgens de voorwaarden die in de geldende reglementering zijn vastgelegd. De coördinerend arts (artikel 8, § 1, 1) leeft de honoraria na die in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen zijn vastgelegd, zonder hierbij een supplement te vragen. Voor elk specialisme waarop het centrum een beroep doet in het kader van het zorgprogramma, waarin is voorzien in deze overeenkomst, werkt het centrum samen met minstens één arts die raadplegingen houdt in het ziekenhuis waartoe het centrum behoort (artikel 14, § 1) en die zich houdt aan diezelfde honoraria, zonder hierbij een supplement te vragen. De rechthebbende wordt doorverwezen naar die arts, behalve wanneer de rechthebbende, die perfect geïnformeerd moet zijn over het al dan niet geconventioneerd zijn van die arts, een andere arts kiest.

De cumulatieregels die zijn vastgelegd in artikel 25, zijn van toepassing.

§ 9 Deze overeenkomst vergoedt geen monodisciplinaire psychotherapie en vergoedt ook geen psychotherapie van middellange of lange duur die het krachtens artikel 21, § 1 vergoedbare aantal zittingen overschrijdt. Als de rechthebbende nood heeft aan een monodisciplinaire psychotherapie of aan een middellange of langdurige psychotherapie, kan het centrum de rechthebbende ofwel doorverwijzen naar een psychotherapeut die niet tot het multidisciplinaire team behoort dat vermeld wordt in artikel 8, ofwel – buiten het kader van deze overeenkomst - zelf instaan voor deze psychotherapie. Het centrum zorgt ervoor dat de bepalingen van § 10 en van artikel 28 gerespecteerd worden.

§ 10 Het centrum legt elke rechthebbende duidelijk de doelstellingen en de aard van de verstrekte zorgen uit, en maakt daarbij onderscheid tussen:

- De verstrekte en vergoedbare zorgen in toepassing van de overeenkomst,
- De verstrekte zorgen die kaderen in het programma dat deze overeenkomst voorziet, maar die door de verzekering voor geneeskundige verzorging worden vergoed in het kader van een andere reglementering,
- De zorgen of diensten die een link hebben met het programma voorzien door de overeenkomst en/of die kunnen voorgesteld worden door het multidisciplinaire team, maar die niet vergoed worden door de ziekteverzekering.

Voor of tijdens de eerste individuele zitting geeft het centrum gedetailleerd de kosten weer van het geheel van de zorgen, met onderscheid van de kosten ten laste van de verzekering en de kosten ten laste van de rechthebbende. Het centrum geeft de rechthebbende een verklarend document dat deze als ontvangstbewijs ondertekent.

IV. DEFINITIE VAN DE INRICHTING

4.1. Definitie

Artikel 7 Het centrum waarop deze overeenkomst betrekking heeft, is het multidisciplinair team (artikel 8) dat op een gecoördineerde manier werkt aan de uitvoering van de taken die deze overeenkomst voorziet (artikel 6, §§ 1 tot 6) om de vastgestelde doelstellingen te bereiken (artikel 4) ten behoeve van de door deze overeenkomst beoogde patiënten (artikel 3).

4.2. Personeelskader

Artikel 8 §1 Het *therapeutische personeelskader* van het centrum omvat minstens de hierna vermelde functies 1 tot 5:

1. Coördinerend arts;
2. - Psycholoog voor kinderen en adolescenten (indien het centrum rechthebbenden jonger dan 16 jaar behandelt)
- [FACULTATIEF, dus zonder verplichting voor de inrichting] klinisch orthopedagoog voor kinderen en adolescenten (indien het centrum - voor de tenlasteneming van rechthebbenden jonger dan 18 jaar - beroep wenst te doen op deze functie);
3. Psycholoog-seksuoloog (indien het centrum rechthebbenden van 16 jaar en ouder behandelt);
4. Case manager (case management);
5. Maatschappelijk werker;

Het *administratief personeelskader* omvat altijd de volgende functie:

6. Secretaris;

§ 2 Alle leden van het therapeutisch team (functies 1 tot 5) voldoen aan de voorwaarden vastgesteld in artikel 9. Functie 1 wordt uitgeoefend door één enkele persoon. Geen enkel teamlid dat de functies 2 tot 5 uitoefent, werkt minder dan 5 uur per week in het kader van de overeenkomst. Functie 6 wordt uitgeoefend door één of meerdere personen die voldoen aan de voorwaarden die zijn vastgesteld in artikel 9, § 1.

Ingeval van afwezigheid van korte duur van de titularissen van een therapeutische functie (1 tot 5) kan deze functie tijdelijk worden uitgeoefend door een vervanger die bij voorkeur uit de ziekenhuisdienst komt waartoe het centrum behoort en die over de kwalificaties, kennis en ervaring beschikt die vereist zijn voor deze functie. Het centrum treft alle nodige schikkingen om te voorkomen dat de vervangingen van leden van het therapeutisch personeel negatieve gevolgen hebben voor de rechthebbenden. Om een perfecte zorgcontinuïteit te garanderen, hebben de vervangers een grondige kennis van de situatie van de rechthebbenden die reeds zittingen in het centrum hebben gevolgd. Zij houden alle nuttige waarnemingen bij in het dossier van de rechthebbende.

Artikel 9 § 1 Alle leden van het therapeutisch personeel bewijzen, afhankelijk van hun functie (artikel 8, § 1, 1 tot 5), op basis van hun opleiding en hun beroepservaring, hun bekwaamheid en expertise op het vlak van de medische en psychosociale aspecten van genderdysforie, de daaraan verbonden oorzaken, de gevolgen ervan en de behandeling ervan.

De leden van het administratief personeel hebben voldoende kennis van genderdysforie voor een gepast onthaal van de rechthebbenden.

§ 2 Bijzondere bepalingen zijn van toepassing voor de personen die de volgende functies uitoefenen:

Coördinerend arts;

Slechts één arts-specialist oefent de functie van coördinator uit. Naast de taken die voortvloeien uit zijn functie van arts-specialist in de genderdysforie, neemt hij de medische leiding en de coördinatie waar van het multidisciplinair team zoals gedefinieerd in artikel 8, § 1, 2-6 voor alles wat de toepassing van deze overeenkomst betreft. Hij is in het bijzonder verantwoordelijk voor:

- de kwaliteit en de goede organisatie van de zorg die verstrekt wordt;
- de relevantie en coherentie van elk individueel zorgprogramma;
- de ervaring, de bekwaamheid en de permanente bijscholing van elk lid van het therapeutisch team voor de functie die hij in het kader van de overeenkomst uitoefent;
- het up-to-date zijn en de medische geldigheid van de concepten waarop de zorgprogramma's gebaseerd zijn;
- de kwaliteit van de verzamelde en bezorgde gegevens.

Hij heeft een doorslaggevende stem bij de aanwerving en de selectie van de leden van het multidisciplinair team zoals gedefinieerd in artikel 8, § 1, 2-6.

Hij toont – op basis van zijn opleiding, zijn professioneel parcours en zijn wetenschappelijke publicaties in internationale tijdschriften die aan peer review zijn onderworpen – zijn uitgebreide bekwaamheid en grondige expertise aan op het vlak van de eventuele medische en psychosociale aspecten van genderdysforie,

Psycholoog voor kinderen en adolescenten; psycholoog-seksuoloog voor volwassenen

De persoon of personen die de functie van psycholoog voor kinderen en adolescenten en de functie van psycholoog-seksuoloog uitoefenen, hebben een masterdiploma (licentiaatsdiploma) met een geschikte kwalificatie om hun functie als psycholoog te mogen uitoefenen. Voor de psycholoog die werkt met jongeren onder de 16 jaar is ervaring in het klinisch werken met kinderen en adolescenten noodzakelijk. De psycholoog die werkt met volwassenen heeft ook een diploma seksuologie. Zij kunnen ervaring aantonen op het vlak van de tenlasteneming van patiënten van wie de gezondheidstoestand gevolgen heeft voor het zelfbeeld, de genderidentiteit, de seksualiteit en het psychoseksueel functioneren. Zij hebben een uitgebreide kennis van de existentiële dimensie van genderdysforie en een goede kennis van de medische aspecten ervan.

Klinisch orthopedagoog voor kinderen en adolescenten

Indien het centrum binnen zijn therapeutisch personeelskader een klinisch orthopedagoog voor kinderen en adolescenten wenst tewerk te stellen: de persoon of personen die de functie van klinisch orthopedagoog voor kinderen en adolescenten uitoefenen, hebben een masterdiploma (licentiaatsdiploma) met een geschikte kwalificatie om hun functie als klinisch orthopedagoog te mogen uitoefenen. De klinisch orthopedagoog werkt met kinderen en adolescenten onder de 18 jaar en toont zijn klinische ervaring aan in die leeftijdsklasse. Hij kan ervaring aantonen op het vlak van de begeleiding en de tenlasteneming van patiënten van wie de gezondheidstoestand gevolgen heeft voor het zelfbeeld, de genderidentiteit, de seksualiteit en het psychoseksueel functioneren. Hij heeft een uitgebreide kennis van genderdysforie en een goede kennis van de medische aspecten ervan.

Case manager

De persoon of personen die de functie van case manager uitoefenen, hebben een masterdiploma (licentiaatsdiploma) met een geschikte kwalificatie om hun functie te mogen uitoefenen. Zij hebben een uitgebreide kennis over genderdysforie. Zij zijn in staat om

- de rol van eerste contactpunt op te nemen tussen de rechthebbende en het centrum,
- alle medische, psychologische en psychosociale componenten van de behandeling en de begeleiding van de rechthebbenden te coördineren, voor alle aspecten van genderdysforie zoals bedoeld in deze overeenkomst, met inbegrip van de zorg die niet verstrekt wordt door het centrum zelf,

- de rechthebbenden en de mensen uit hun omgeving raad te geven, zodat zij zelf bepaalde aspecten van hun behandeling kunnen beheren,
- de gegevens over de rechthebbenden te registreren en op een beveiligde manier te beheren, onder de strikte toepassing van de privacy-wetgeving en het medisch beroepsgeheim.

Maatschappelijk werker

De persoon of personen die de functie van maatschappelijk werker uitoefenen, beschikken over de kwalificatie van sociaal verpleegkundige of van verpleegkundige met specialisatie in de sociale gezondheidszorg of van maatschappelijk assistent. Zij bezitten voldoende kennis over genderdysforie en een uitgebreide kennis van de sociale zekerheid op al haar organisatieniveaus. Zij kunnen concrete oplossingen voorstellen voor maatschappelijke, sociale en/of financiële problemen waarmee genderdysfore individuen – als direct of indirect gevolg van de genderdysforie – worden geconfronteerd. In dat kader helpen zij de rechthebbenden bij de administratieve formaliteiten en verzekeren zij de relatie met de sociale en administratieve instellingen en diensten.

Artikel 10 § 1 Onder *arbeidstijd voor de realisatie van de zittingen bedoeld in artikel 6, §§ 2 tot 4 in het kader van de overeenkomst* (hieronder: *arbeidstijd* genoemd) wordt de tijd verstaan die daadwerkelijk besteed wordt aan het realiseren van de verstrekkingen waarin deze overeenkomst voorziet, of aan taken die voortvloeien uit de gerealiseerde zittingen, al dan niet in aanwezigheid van de rechthebbenden. Het gaat om de tijd die in aanmerking wordt genomen in de berekening van de prijs van de verstrekkingen (punten 2 tot 4 van de bijlage). In toepassing van artikel 6, § 8 wordt de tijd die besteed wordt aan het verrichten van handelingen die in een andere reglementaire context worden gefinancierd, nooit in aanmerking genomen als arbeidstijd in het kader van de overeenkomst; de arbeidstijd in het kader van de overeenkomst is residuair in vergelijking met de tijd die wordt besteed aan alle handelingen die elders worden gefinancierd.

De *totale arbeidstijd* is de som van de arbeidstijd van alle teamleden.

§ 2 Teneinde de zorgkwaliteit te garanderen, respecteert het centrum een evenredigheidsregel tussen de totale arbeidstijd van het therapeutisch en administratief team en het aantal zittingen dat het in de loop van een kalenderjaar verricht. Deze regel is gebaseerd op de berekening van de prijs van de zittingen. Ze wordt vermeld in punt 5 van de bijlage.

Het centrum respecteert eveneens een evenredigheidsregel die gebaseerd is op de kostprijs van de zittingen waarvan sprake is in artikel 6, §§ 2 tot 4, voor de verdeling van de arbeidstijd tussen de verschillende functies. Volgens die regel:

1. is de totale arbeidstijd van elke functie of groep van functies de som van de arbeidstijd van alle leden van het multidisciplinair team die deze functie uitvoeren. Het minimum of maximum van de verhouding tussen de totale arbeidstijd per functie en de totale arbeidstijd van het ganse team wordt in de volgende tabel vermeld:

(Groep van) functies	% minimum	% maximum
Coördinerend arts (art. 8, § 1, punt 1):	5	
Masters (art. 8, § 1, punten 2, 3 en 4):	70	
Bachelors (art. 8, § 1, punt 5):	5	
Secretaris (art. 8, § 1, punt 6):		12

2. De totale arbeidstijd bedraagt nooit minder dan 5 uur per week, en dit voor geen enkele functie, vermeld in de punten 1 tot 4 van artikel 8.

Artikel 11 § 1 Het centrum neemt zonder verwijl alle maatregelen om het personeelskader te vervolledigen voor elke functie die volledig of gedeeltelijk, tijdelijk (wegens ziekte, loopbaanonderbreking, verlof zonder wedde, ...) of definitief (wegens al dan niet vrijwillig ontslag) vacant zou zijn. Het centrum is evenwel niet verplicht om het personeelskader te vervolledigen als een functie feitelijk vacant is, maar het centrum het betrokken personeelslid nog wel effectief bezoldigt, met name tijdens de wettelijk bezoldigde opzeggingstermijn voor een personeelslid dat ontslagen is en tijdens de wettelijke termijn van gewaarborgd inkomen voor een personeelslid dat afwezig is wegens ziekte.

Indien teamleden op het einde van hun loopbaan worden vrijgesteld van arbeidsprestaties overeenkomstig de bepalingen van de CAO in kwestie, moet die vrijstelling gecompenseerd worden door nieuwe aanwervingen of door een verhoging van de arbeidsduur van andere teamleden, rekening houdende met de voor iedere functie vastgestelde kwalificaties. De financiering van die compenserende tewerkstelling valt buiten het kader van deze overeenkomst, maar is niet in strijd met deze overeenkomst.

§ 2 Het centrum houdt een volledig overzicht bij van de teamleden die het in dienst heeft. Dat overzicht vermeldt op ieder moment de identiteit van elk teamlid, zijn functie, alsook zijn arbeidstijd en zijn wekelijks dienstrooster in het kader van de overeenkomst. Dat overzicht moet onmiddellijk kunnen worden voorgelegd bij elk bezoek van een vertegenwoordiger van het RIZIV of een verzekeringsinstelling.

Een overzicht van de evolutie van het personeelskader van het centrum in de loop van het vorige jaar (met vermelding van de identiteit van elk personeelslid, zijn functie en zijn arbeidstijd) wordt opgesteld volgens een door de Dienst voor Geneeskundige Verzorging vastgesteld model. Het wordt elk jaar samen met de in artikel 30 vermelde boekhouding aan de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het RIZIV bezorgd.

§ 3 Ingeval het vereiste personeelskader in de loop van een welbepaald kalenderjaar niet nageleefd wordt, kan het Verzekeringscomité op voorstel van het College van artsen-directeurs beslissen deze overeenkomst op te zeggen en/of een percentage van de verzekeringstegemoetkoming in de verstrekkingen terug te vorderen. Dat percentage kan het dubbele bedragen van het percentage van het personeelskader dat in de loop van het in aanmerking genomen kalenderjaar ontbreekt. Voordat het College en het Verzekeringscomité ter zake een beslissing nemen, heeft het centrum de gelegenheid om schriftelijk de redenen uit te leggen voor het niet naleven van het personeelskader.

Het centrum verbindt zich ertoe om het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming dat het overeenkomstig de voormelde bepalingen zou moeten terugbetalen, niet bij de rechthebbenden terug te vorderen.

Artikel 12 De loonkosten van het personeel dat tewerkgesteld wordt in het kader van de overeenkomst, worden volledig door het centrum gedragen op basis van de tegemoetkomingen - in de kosten van de verstrekkingen - die via deze overeenkomst kunnen worden verkregen. Het centrum kan bijgevolg geen enkele andere financiële tegemoetkoming in de loonkosten van het personeel dat in het kader van deze overeenkomst wordt gefinancierd, ontvangen van een andere openbare overheid - ongeacht het bedrag, de aard of de vorm ervan.

Artikel 13 Het multidisciplinair therapeutisch team vergadert minstens één keer per maand. Die vergaderingen hebben tot doel de coherentie van de werking van het centrum en van de interventies

bij de rechthebbenden te bevorderen, alsook bij te dragen tot het onderling delen van de expertise van de teamleden en het up-to-date houden van de kennis van de leden in alle nuttige materies. De vergaderingen vinden plaats onder het toezicht van de coördinerend arts.

Van elke vergadering wordt een schriftelijk verslag opgesteld waarin op zijn minst de namen van de deelnemers zijn opgenomen, de lijst van de behandelde onderwerpen en de namen van de rechthebbenden wier geval besproken werd. Dat schriftelijk verslag wordt door het centrum bewaard.

4.3. Functionele eenheid en toegankelijkheid

Artikel 14 § 1 Het centrum is gevestigd in de lokalen van een ziekenhuis, op één site van dat ziekenhuis. Het centrum is een organisatorische en functionele eenheid die als zodanig gemakkelijk door de rechthebbenden kan worden geïdentificeerd. Het beschikt over de nodige ruimtes voor individuele raadplegingen en gesprekken en ruimtes voor groepszittingen, over een vergaderzaal en een secretariaat waar de patiëntendossiers worden bewaard en ter beschikking worden gehouden van het multidisciplinair team. Het beschikt permanent over al het materiaal dat nodig is voor het goede verloop van de zorgprogramma's die deze overeenkomst dekt.

§ 2 Het centrum kan – met respect voor de bepalingen van artikel 6, § 8 - een beroep doen op een arts van gelijk welk specialisme dat nodig is voor een optimale tenlasteneming van de rechthebbenden in het kader van deze overeenkomst. Het kan in het bijzonder een beroep doen op een specialist in elk van volgende specialiteiten, allen vertrouwd met de behandeling van genderdysforie,

- als het centrum rechthebbenden jonger dan 16 jaar behandelt: pediatrische urologie en endocrinologie, kinderpsychiatrie,
- als het centrum rechthebbenden van 16 jaar en ouder behandelt: endocrinologie, urologie, gynaecologie, plastische chirurgie, genetica, psychiatrie. .

Die artsen werken in het ziekenhuis waartoe het centrum behoort, en dit in nauwe samenwerking met het therapeutisch team van het centrum. Zij nemen deel aan de vergaderingen van het multidisciplinair team, telkens wanneer hun competenties daar vereist zijn.

Het ziekenhuispersoneel dat betrokken is bij de behandeling van de rechthebbenden van deze overeenkomst, maar dat niet expliciet is opgenomen in het effectief personeelskader van het centrum, bedoeld in de artikelen 8 en 9, maakt echter geen deel uit van het centrum en zijn behandelingen worden niet gefinancierd door deze overeenkomst.

§ 3 Het centrum zal erop toezien dat zijn personeelsleden zoveel mogelijk gelijktijdig aanwezig zijn om op die manier de eenheid van de werking en de beschikbaarheid van de verschillende disciplines op de momenten waarop de rechthebbenden naar het centrum komen, te garanderen. Het centrum deelt het wekelijks uurrooster van zijn activiteiten en elke wijziging die daarin wordt aangebracht, mee aan zijn rechthebbenden en aan de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het RIZIV.

Het treft alle nuttige maatregelen, opdat minstens 1 titularis van de functies 1 tot 4 zoals bedoeld in artikel 8, § 1, snel kan worden bereikt tijdens de openingsuren van het centrum.

4.6. Minimaantal rechthebbenden

Artikel 15 § 1 Om zijn verworven bekwaamheid en ervaring inzake genderdysforie, de gevolgen daarvan en de therapeutische tenlasteneming van de rechthebbenden aan te tonen, dient elk centrum dat zich kandidaat stelt voor het sluiten van deze overeenkomst, te kunnen bewijzen dat het in de loop van de 2 volledige kalenderjaren die voorafgaan aan het jaar waarin het zijn aanvraag indient, jaarlijks gemiddeld minstens 100 personen heeft gevolgd die voldoen aan de voorwaarden van artikel 3.

Vanaf de inwerkingtreding van onderhavige overeenkomst verricht het centrum elk kalenderjaar minstens één individuele zitting, één familiale zitting, één groepszitting of één gesprek in het kader van onderhavige overeenkomst voor minimaal 100 verschillende rechthebbenden die aan de voorwaarden van artikel 3 voldoen. De rechthebbenden voor wie het centrum enkel een geneesmiddelenforfait realiseert kunnen hiervoor niet worden meegeteld.

§ 2 Bij beslissing van het Verzekeringscomité en op voorstel van het College van artsendirecteuren loopt deze overeenkomst af op 1 juli van het jaar dat volgt op de 1^e periode van 2 opeenvolgende kalenderjaren tijdens welke het minimaantal verschillende rechthebbenden niet werd bereikt. Voordat het College en het Verzekeringscomité ook maar enige beslissing nemen, krijgt het centrum alleszins de gelegenheid om de redenen voor het ontoereikend aantal rechthebbenden schriftelijk toe te lichten.

V. VERZEKERINGSTEGEMOETKOMING IN DE KOSTPRIJS VAN DE VERSTREKKINGEN

5.1. Verzekeringstegemoetkoming

Artikel 16 De verzekeringstegemoetkoming in de kosten of de "prijs" van elke verstrekking die deze overeenkomst voorziet, is een forfait dat alle kosten dekt die gepaard gaan met de uitvoering van die verstrekking ten behoeve van een rechthebbende. De verzekeringstegemoetkoming is verschuldigd voor elke verstrekking die beantwoordt aan de voorwaarden die zijn vastgesteld in de overeenkomst.

Artikel 17 § 1 Het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming wordt vastgesteld op basis van de bijlage bij deze overeenkomst. Het bedrag wordt vastgesteld op:

	pseudocode-nummer	totaal (in euro)	indexeerbaar	niet-indexeerbaar
1. Individuele zitting (art. 6, § 2)	787916-787920	100,53	95,78	4,75
2. Familiale zitting (art. 6, § 3)	791571-791582	150,80	143,67	7,13
3. Groepszitting (art. 6, § 4): prijs per rechthebbende die aan de groepszitting deelneemt	791792-791803	33,51	31,93	1,58
4. Gesprek (art. 6, § 5)	787931-787942	100,53	95,78	4,75
5. Geneesmiddelenforfait (art. 6, § 6)	787953-787964	273,79	0	273,79

§ 2 Het indexeerbaar gedeelte van het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming is gekoppeld aan de spilindex 107,20 (maart 2020 – basis 2013) van de consumptieprijsen. Het wordt

aangepast volgens de bepalingen van de wet van 1 maart 1977 houdende inrichting van een stelsel waarbij sommige uitgaven in de overheidssector aan het indexcijfer van de consumptieprijzen van het Rijk worden gekoppeld.

§ 3 De verzekeringstegemoetkoming moet worden verminderd met het bedrag van de persoonlijke bijdrage van de rechthebbende, die wordt vastgesteld conform de bepalingen van het Koninklijk Besluit van 29 april 1996, gewijzigd bij het Koninklijk Besluit van 12 februari 1999, tot vaststelling van de vermindering van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de honoraria en prijzen vastgesteld in sommige overeenkomsten met de revalidatie-instellingen, bedoeld in artikel 22, 6° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

5.2. Aanvraag om akkoord en periode van de verzekeringstegemoetkoming

Artikel 18 § 1 Voor elke rechthebbende is de verzekeringstegemoetkoming in de kosten van de verstrekkingen onderworpen aan een voorafgaand akkoord van de adviserend arts van de verzekeringsinstelling waarbij de rechthebbende is aangesloten of ingeschreven, overeenkomstig de bepalingen van de artikelen 138, 139 en 142, § 2 van het KB van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

In toepassing van de bepalingen van artikel 142, § 2 van voormeld KB moet de adviseerend arts van het ziekenfonds van de rechthebbende de aanvraag om akkoord uiterlijk 30 dagen na de datum van de eerste verstrekking (individuele zitting) die in het kader van de gevraagde periode door het centrum ten behoeve van die rechthebbende werd verricht, ontvangen hebben. De aanvraag moet worden ingediend door middel van het formulier dat het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging goedgekeurd heeft, samen met een medisch verslag dat door een arts van het centrum wordt opgesteld overeenkomstig het model dat door het College van artsen-directeurs is goedgekeurd.

In geval van een akkoord bepaalt de adviseerend arts de begindatum en de duur van de periode van verzekeringstegemoetkoming. De maximumduur van elke periode bedraagt 36 maanden, te rekenen vanaf de begindatum. Elke weigering moet worden gemotiveerd.

Een zelfde akkoord geldt voor de individuele zittingen, de familiale zittingen, de groepszittingen en de gesprekken (artikel 6, §§ 2 tot 5); een ander akkoord is vereist voor het geneesmiddelenforfait (artikel 6, § 6).

§ 2 Elke aanvraag tot verlenging of vernieuwing van de periode van verzekeringstegemoetkoming moet overeenkomstig de voorwaarden vermeld in § 1 worden ingediend. In het kader van die periode van verlenging moet de eerste verstrekking die verricht wordt echter niet noodzakelijk een individuele zitting zijn.

In toepassing van de bepalingen van artikel 142, § 2 van voormeld KB moet de adviseerend arts van het ziekenfonds van de rechthebbende de aanvraag om akkoord uiterlijk 30 dagen na de datum van de eerste verstrekking die in het kader van de gevraagde periode door het centrum ten behoeve van die rechthebbende werd verricht, ontvangen hebben. De aanvraag moet worden ingediend door middel van het formulier dat het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging goedgekeurd heeft, samen met een medisch verslag dat door een arts van het centrum wordt opgesteld overeenkomstig het model dat door het College van artsen-directeurs is goedgekeurd.

De periodes zijn verlengbaar of vernieuwbaar zolang het maximum aantal zittingen (individuele zittingen waarvan sprake is in artikel 6, § 2, familiale zittingen waarvan sprake is in artikel 6, § 3 en groepszittingen waarvan sprake is in artikel 6, § 4) en het maximum aantal gesprekken (waarvan sprake is in artikel 6, § 5) niet bereikt zijn voor de desbetreffende rechthebbende. Van zodra deze maxima bereikt zijn, zijn ze dit niet meer.

§ 3 Het centrum verbindt zich ertoe om de rechthebbende te informeren en hem te helpen bij de te ondernemen stappen.

Artikel 19 § 1 De periode van verzekeringstegemoetkoming wordt ambtshalve onderbroken indien de rechthebbende zijn programma in het centrum onderbreekt om het in een ander centrum dat met het RIZIV een overeenkomst heeft gesloten, voort te zetten. Een nieuw akkoord voor een tegemoetkoming volgens de procedure die artikel 18 voorziet, is vereist voor het voortzetten van het programma in dat tweede centrum.

Mits de rechthebbende ermee akkoord gaat, onderhouden het centrum dat het programma heeft gestart en het centrum dat het programma voortzet, alle nuttige contacten om het optimaal verloop van het zorgprogramma te garanderen. Ze nemen de vereiste maatregelen om de naleving van de bepalingen van de overeenkomst te garanderen.

§ 2 De onderbreking van een programma in een centrum en de voortzetting ervan in een ander centrum wijzigen geenszins de bepalingen van deze overeenkomst, meer bepaald met betrekking tot het totale aantal terug te betalen verstrekkingen, dat gelijk blijft aan de maxima die in artikel 21 zijn vastgesteld.

§ 3 In toepassing van artikel 6, § 5, is een doorverwijzing van een rechthebbende naar een geconventioneerd centrum dat het preoperatief (en eventueel een post-operatief) gesprek realiseert, geen reden om de periode van tenlasteneming in het centrum te onderbreken. Het centrum dat enkel het gesprek realiseert, kan hiervoor geen aanvraag indienen om een periode van verzekeringstegemoetkoming toe te kennen.

5.3. Maximum aantallen vergoedbare verstrekkingen

Artikel 20 In de loop van eenzelfde kalenderjaar mag het centrum factureerbare verstrekkingen verrichten met een waarde van maximaal 8.686 facturatie-eenheden. Voor de berekening van het maximaantal factureerbare verstrekkingen geldt :

- elke individuele zitting als 1 facturatie-eenheid;
- elke familiale zitting als 1,5 facturatie-eenheid;
- elke groepszitting als 0,33 facturatie-eenheid;
- elk gesprek als 1 facturatie-eenheid;
- elk geneesmiddelenforfait als 2,7 facturatie-eenheden.

Het gesprek wordt meegeteld voor de inrichting die het realiseert en het factureert conform de bepalingen van artikel 6, § 5.

In het jaar van inwerkingtreding en van stopzetting van deze overeenkomst wordt de maximale facturatiecapaciteit aangepast naar rata van de geldigheidsduur van de overeenkomst in de loop van dat kalenderjaar.

Artikel 21 § 1 Het maximaantal vergoedbare zittingen (individuele zittingen waarvan sprake is in artikel 6, § 2, familiale zittingen waarvan sprake is in artikel 6, § 3 en groepszittingen waarvan sprake is in artikel 6, § 4) ten voordele van eenzelfde rechthebbende is beperkt tot 40 zittingen in totaal voor de volledige duur van de tenlasteneming in het kader van onderhavige overeenkomst, die als volgt moeten worden verdeeld op basis van de leeftijd van de rechthebbende:

1. vóór zijn 16^{de} verjaardag kan de rechthebbende de terugbetaling krijgen voor maximaal 30 zittingen,
2. vanaf zijn 16^{de} verjaardag kan de rechthebbende de terugbetaling krijgen voor maximaal 25 zittingen.

Als de rechthebbende het maximaantal van 30 vergoedbare zittingen vóór zijn 16^{de} verjaardag (punt 1 hierboven) opgebruikt heeft, kan hij nog slechts 10 vergoedbare zittingen krijgen vanaf zijn 16^{de} verjaardag (30 + 10 = 40); het absolute maximum is in elk geval vastgesteld op 40 vergoedbare zittingen.

Als de rechthebbende zijn 16^{de} verjaardag bereikt zonder het maximaantal van 30 vergoedbare zittingen (punt 1 hierboven) te hebben opgebruikt, kunnen de resterende zittingen niet aan de volgende periode (punt 2 hierboven) worden toegevoegd om het daarvoor geldende maximaantal te verhogen; dat maximum blijft in alle gevallen vastgesteld op 25 vergoedbare zittingen voor een absoluut maximum van 40 vergoedbare zittingen. Bijgevolg kan een rechthebbende die 5 zittingen gekregen heeft vóór zijn 16^{de} verjaardag, nog slechts 25 vergoedbare zittingen krijgen na zijn 16^{de} verjaardag. Voor een dergelijke rechthebbende zal het maximum van 40 vergoedbare zittingen niet bereikt kunnen worden.

Binnen het totaal van 40 zittingen waarvan sprake is in § 1 kunnen slechts maximaal 5 familiale zittingen en 5 groepszittingen worden gefactureerd.

Gedurende eenzelfde kalenderjaar wordt het maximaantal vergoedbare verstrekkingen ten voordele van eenzelfde rechthebbende beperkt tot 8 zittingen, waarvan maximum 2 familiale zittingen en maximum 2 groepszittingen. Bij de berekening van het maximaantal vergoedbare verstrekkingen (zittingen) telt elke familiale zitting en elke groepszitting mee als één verstrekking.

Gedurende eenzelfde dag kan een rechthebbende maximaal ofwel 2 individuele zittingen, ofwel 1 individuele zitting en 1 gesprek, ofwel 1 familiale zitting, ofwel 1 groepszitting krijgen.

§ 2 Het maximaantal gesprekken waarvan sprake is in artikel 6, § 5 dat ten voordele van eenzelfde rechthebbende vergoed kan worden, wordt vastgesteld op 2 vanaf zijn 16^{de} verjaardag.

§ 3 Eenzelfde rechthebbende kan slechts een verzekeringstegemoetkoming ontvangen voor één enkel geneesmiddelenforfait per periode van 3 maanden.

5.4. Facturatievoorwaarden voor de verstrekkingen

Artikel 22 Het centrum rekent het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming aan aan de verzekeringsinstelling van de rechthebbende door gebruik te maken van de procedure inzake elektronisch factureren van het ziekenhuis waarvan het centrum deel uitmaakt. Het brengt de rechthebbende minstens één keer per jaar schriftelijk op de hoogte van de bedragen die het in toepassing van deze overeenkomst aan zijn verzekeringsinstelling heeft gefactureerd.

Artikel 23 § 1 Het centrum verbindt zich ertoe om elke ten onrechte verkregen verzekeringstegemoetkoming terug te betalen, overeenkomstig de bepalingen van artikel 164 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

§ 2 Het centrum verbindt zich ertoe om aan de rechthebbenden

- geen enkele handeling te factureren waarvoor de verzekeringstegemoetkoming wordt geweigerd, ongeacht de reden voor de weigering,
- geen enkele verzekeringstegemoetkoming te factureren die het centrum heeft moeten terugbetalen krachtens de bepalingen van § 1, ongeacht de reden voor de verplichte terugbetaling.

5.5. Cumulatieregels

Artikel 24 Indien door het toepassen van de bepalingen van artikel 18, twee of meer periodes van verzekeringstegemoetkoming aan eenzelfde rechthebbende worden toegekend voor een zorgprogramma dat wordt verricht door het centrum en door één of meerdere andere centra voor transgenerzorg die een overeenkomst met het RIZIV hebben gesloten, mogen die periodes nooit samenvallen noch elkaar gedeeltelijk overlappen.

Artikel 25 Overeenkomstig de bepalingen van artikel 6, § 8, maken de verzorging en de behandelingen die door de verzekering voor geneeskundige verzorging in een andere reglementaire context worden terugbetaald, geen deel uit van de verstrekkingen die deze overeenkomst voorziet. Zij kunnen met die verstrekkingen worden gecumuleerd.

Artikel 26 Het centrum verbindt zich ertoe om geen enkel supplement aan de rechthebbenden of aan de verzekeringsinstellingen te factureren voor de verstrekkingen die in het kader van deze overeenkomst worden verricht.

Artikel 27 Het centrum neemt alle nodige maatregelen om de toepassing van de bepalingen van de voormelde artikelen 24 tot 26 te garanderen. Het licht de tekst ervan toe en legt de draagwijdte ervan uit aan de rechthebbende of aan zijn wettelijke vertegenwoordiger in een schriftelijk document dat het centrum hun bezorgt tegen ondertekend ontvangstbewijs.

VI. BEHEER VAN DE MEDISCHE GEGEVENS EN JAARVERSLAG

Artikel 28 § 1 Het centrum houdt voor elke rechthebbende een patiëntendossier bij waarin minstens de volgende zaken worden opgenomen:

- de identificatiegegevens;
- een kopie van het geïndividualiseerd zorgplan;
- de resultaten van de uitgevoerde onderzoeken;
- een samenvatting van de verstrekkingen die ten behoeve van de rechthebbende zijn verricht, van de beoogde doelstellingen en van de daadwerkelijk behaalde resultaten;
- de conclusies van de teamvergaderingen die op hem betrekking hebben;
- een kopie van de briefwisseling met zijn huisarts en, in voorkomend geval, ook met zijn behandelend arts-specialist;
- elke andere briefwisseling over deze rechthebbende.

§ 2 Tenzij de rechthebbende zich daartegen verzet, deelt het centrum aan de behandelende arts van de rechthebbende het volgende mee:

- aan het begin van het programma: het geïndividualiseerd zorgplan,
- zodra het programma is beëindigd: een samenvattend verslag waarin de daadwerkelijk verleende verzorging, de resultaten daarvan en de eventuele aandachtspunten worden vermeld.

§ 3 De gegevens die zijn opgenomen in de patiëntendossiers, worden verzameld, bewaard, overgedragen en gebruikt overeenkomstig de wettelijke en deontologische verplichtingen betreffende de naleving van het medisch beroepsgeheim en de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

Artikel 29 § 1 Het centrum bezorgt elk jaar, uiterlijk op 31 maart, een jaarverslag over het voorbije jaar, met gedetailleerde gegevens over:

- de kenmerken van de populatie rechthebbenden van de overeenkomst;
- de verleende verzorging en de behaalde resultaten;
- de werking van het centrum.

Het verslag respecteert de wettelijke verplichtingen betreffende de bescherming van de persoonlijke levenssfeer. Het bevat enkel geglobaliseerde gegevens waaruit de identiteit van de rechthebbenden niet kan worden achterhaald.

§ 2 Het centrum voert de door het College vastgestelde procedure voor het verzamelen, analyseren en overdragen van de gegevens, nauwgezet uit van zodra het deze instructies heeft ontvangen. Zolang het College geen precieze instructies heeft gegeven met betrekking tot het opstellen van het jaarverslag, is het centrum vrij bij het opstellen van dat verslag dat in elk geval moet beantwoorden aan de voorwaarden van artikel 29.

De kosten die de verzameling van de gegevens en hun analyse met zich meebrengen, alsook de kosten die betrekking hebben op het opstellen en verzenden van het jaarverslag, worden gedekt door de in artikel 17 vastgelegde tegemoetkomingen voor de individuele zittingen, familiale zittingen, groepszittingen en de gesprekken.

VIII ALGEMENE ADMINISTRATIEVE BEPALINGEN

Artikel 30 De inrichtende macht van het centrum houdt een boekhouding bij die enerzijds gebaseerd is op het genormaliseerd minimaal boekhoudkundig plan voor de ziekenhuizen (KB van 14.08.1987) en anderzijds op de beslissingen die daaromtrent zijn genomen door het Comité van de Verzekering voor Geneeskundige Verzorging. De boekhoudkundige gegevens met betrekking tot de toepassing van deze overeenkomst worden opgenomen in een afzonderlijke kostenrubriek, zodat de uitgaven en inkomsten onmiddellijk bekend zijn. Vóór het einde van de maand juni van ieder jaar stuurt de inrichtende macht van het centrum de boekhoudkundige gegevens die verband houden met de toepassing van deze overeenkomst en die betrekking hebben op het voorgaande kalenderjaar, naar de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV.

Artikel 31 § 1 Het centrum verbindt zich ertoe de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het RIZIV en/of de betrokken verzekeringsinstellingen alle informatie te bezorgen die hen toelaat de naleving van de bepalingen van deze overeenkomst in al hun aspecten te controleren.

§ 2 Het centrum geeft iedere vertegenwoordiger van het RIZIV of van de verzekeringsinstellingen de toestemming om de bezoeken af te leggen die hij nuttig acht voor de uitvoering van zijn opdracht om de naleving van de bepalingen van deze overeenkomst te controleren.

Artikel 32 § 1 De inrichtende macht van het centrum verbindt zich ertoe alle voorwaarden te creëren die nodig zijn opdat het centrum de individuele zorgprogramma's in optimale omstandigheden kan organiseren en alle bepalingen van deze overeenkomst kan naleven.

§ 2 De inrichtende macht van het centrum neemt de volledige verantwoordelijkheid op zich voor de eventuele niet-naleving van de bepalingen van deze overeenkomst door het centrum en voor de gevolgen, meer bepaald op financieel vlak, die daaruit voortvloeien.

§ 3 De inrichtende macht van het centrum verbindt zich ertoe ieder teamlid te informeren over alle bepalingen van deze overeenkomst teneinde dat teamlid in staat te stellen zijn taken te vervullen overeenkomstig de bepalingen van deze overeenkomst. Daartoe bezorgt de inrichtende macht aan ieder personeelslid de volledige tekst van deze overeenkomst. De inrichtende macht bewaart de ter zake door de teamleden ondertekende ontvangstbewijzen en houdt ze ter beschikking van de Dienst voor Geneeskundige verzorging van het RIZIV.

IX OVERGANGSBEPALINGEN

Artikel 33 § 1 De individuele akkoorden die in het kader van de voorgaande overeenkomst verleend zijn, blijven geldig en blijven lopen tot de einddatum ervan op basis van de modaliteiten die in het kader van de voorgaande overeenkomst zijn vastgesteld.

§ 2 De rechthebbenden aan wie in het kader van de voorgaande overeenkomst een individueel akkoord verleend is, kunnen de nieuwe verstrekkingen krijgen die opgenomen zijn in onderhavige overeenkomst en beoogd worden in artikel 6, §§ 3 en 4, voor zover alle voorwaarden vervuld zijn. Het maximumaantal vergoedbare verstrekkingen, zoals bedoeld in artikel 21 van onderhavige overeenkomst, is eveneens van toepassing op de rechthebbenden van wie het lopende individuele akkoord verleend is in het kader van de voorgaande overeenkomst. Voor de toepassing van de bepalingen betreffende het maximumaantal vergoedbare verstrekkingen, zoals bedoeld in artikel 21 van onderhavige overeenkomst, moet er rekening worden gehouden met de verstrekkingen die in het kader van de voorgaande overeenkomst verricht zijn.

§ 3 De individuele akkoorden voor de trimestriële geneesmiddelenforfaits die in het kader van de voorgaande overeenkomst verleend zijn, worden automatisch verlengd tot de dag vóór de 21^{ste} verjaardag van de rechthebbende.

§ 4 Tot 31 december 2020 mag het centrum afwijken van de bepalingen van artikel 21, § 1 die het volgende bepalen: "*Gedurende eenzelfde kalenderjaar wordt het maximumaantal vergoedbare verstrekkingen ten voordele van eenzelfde rechthebbende beperkt tot 8 zittingen, waarvan maximum 2 familiale zittingen en maximum 2 groepszittingen. Bij de berekening van het maximumaantal vergoedbare verstrekkingen (zittingen) telt elke familiale zitting en elke groepszitting mee als één verstrekking.*". Bijgevolg is gedurende het kalenderjaar 2020 de vastgelegde beperking per kalenderjaar van maximum 8 vergoedbare zittingen ten voordele van eenzelfde rechthebbende niet van toepassing.

Vanaf 1 januari 2021 zijn deze bepalingen strikt van toepassing op alle rechthebbenden van deze overeenkomst, met inbegrip van de rechthebbenden aan wie in het kader van de voorgaande overeenkomst een individueel akkoord verleend is.

X GELDIGHEIDSPERIODE VAN DEZE OVEREENKOMST

Artikel 34 § 1 Deze overeenkomst, opgemaakt in twee exemplaren en behoorlijk ondertekend door beide partijen, treedt in werking op 1 oktober 2020.

§ 2 Ze geldt tot 31 december 2022. Elk van de partijen kan ze echter op ieder moment opzeggen met een ter post aangetekende brief die wordt gericht aan de andere partij. De uitwerking van deze overeenkomst houdt op na een opzeggingstermijn van drie maanden die ingaat op de eerste dag van de maand die volgt op de verzendingsdatum van de aangetekende brief.

§ 3 De bijlage bij deze overeenkomst maakt integrerend deel uit van de overeenkomst, maar wijzigt niets aan de eigenlijke bepalingen van de overeenkomst. Het betreft de volgende bijlage:

- Bijlage: berekening van de prijs van de zitting

Opgemaakt te Brussel op 8 décembre 2020 en elektronisch ondertekend door:

<p>Voor het UZ Gent namens zijn centrum voor transgenderzorg van het gelijknamige ziekenhuis</p> <p>(naam + handtekening)</p>	<p>Voor het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging,</p> <p>De leidend ambtenaar,</p> <p>Brieuc VAN DAMME Directeur-generaal geneeskundige verzorging</p>
---	---

OVEREENKOMST MET DE CENTRA VOOR TRANSGENDERZORG

Bijlage: berekeningen van de prijs van de zittingen

1. Basisgegevens

Tabel 1	
Actualisering	01.01.2017
Spilindex	101,02
Anciënniteit	10 jaar
Uren/dag	7,6
Werkdagen/jaar*	215
Werkuren/jaar/VTE	1.634

Tabel 2		WE	feestdagen	verlof	afwezighe- den	niet-ge- werkt	gewerkt
*werkdagen/jaar	365	104	12	24	10	150	215
	100 %					41%	59%

Tabel 3	jaarlijkse kos- ten	kosten per uur*
Artsen	135.289,26	82,80
Masters	69.234,80	42,37
Bachelors	56.366,83	34,50
Secretaris	44.221,38	27,06

* kosten per uur = jaarlijkse kosten / 1.634

2. Prijs van de individuele zitting

De masters (psychologen, seksuologen en klinisch orthopedagogen) en de bachelors (maatschappelijk werkers) verrichten de zittingen met de patiënt. Zij werken 60 minuten face-to-face met de patiënt (duur van de individuele zitting). Gemiddeld komen de masters 88% van de tijd tussen en de bachelors 12%. De arbeidstijd zonder de patiënt bedraagt 40% van de totale arbeidstijd.

De arbeidstijd van de artsen met de patiënt wordt gefinancierd via de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkings. Hun arbeidstijd zonder de patiënt wordt gefinancierd via de zittingen. Die wordt aan de berekening van de prijs van de individuele zittingen toegevoegd.

De arbeidstijd van de secretaris wordt eveneens gefinancierd via de zittingen.

Op basis van die principes wordt in de volgende tabel de berekening gespecificeerd van de personeelskosten die door een individuele zitting worden gedekt:

Tabel 4	Arbeidstijd in minuten per individuele zitting van één uur			Kosten in euro
	met de patiënt	zonder de patiënt	totaal	
Artsen		7,00	7,00	9,66
Masters	53,00	35,33	88,33	62,38
Bachelors	7,00	4,67	11,67	6,71
Secretaris		15,00	15,00	6,77
	60,00	62,00	122,00	85,51

De personeelskosten vertegenwoordigen 90% van de totale kosten en de algemene kosten 10%. 95 % van de totale kosten zijn indexeerbaar.

Tabel 5	personeelskosten	algemene kosten	totaal	indexeerbaar	niet-indexeerbaar
Prijs van een individuele zitting	85,51	9,50	95,01*	90,26	4,75

* Prijs berekend op basis van de spilindex 103,04 (basis 2013) van de consumptieprijzen

De prijs, berekend op basis van de spilindex 107,20 (maart 2020 – basis 2013) van de consumptieprijzen, bedraagt 100,53 €. Die prijs is opgenomen in de tabel van artikel 17, § 1 van onderhavige overeenkomst.

3. Prijs van de familiale zitting

De prijs van de familiale zitting stemt overeen met 1,5 keer de prijs van de individuele zitting. Die prijs bedraagt 150,795 € (= 100,53 * 1,5).

Tabel 6	Totaal in euro	indexeerbaar	niet-indexeerbaar
Prijs van een familiale zitting	150,795*	143,67	7,125

* Prijs berekend op basis van de spilindex 107,20 (maart 2020 – basis 2013) van de consumptieprijzen.

De masters (psychologen, seksuologen en klinisch orthopedagogen) en de bachelors (maatschappelijk werkers) verrichten de familiale zittingen met de patiënt en met één of meerdere personen uit zijn omgeving. Zij werken 90 minuten face-to-face met de patiënt en met één of meerdere personen uit zijn omgeving (duur van de familiale zitting). Gemiddeld komen de masters 88 % van de tijd tussen en de bachelors 12 %. De arbeidstijd zonder de patiënt bedraagt 40 % van de totale arbeidstijd.

De arbeidstijd van de artsen met de patiënt wordt gefinancierd via de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen. Hun arbeidstijd zonder de patiënt wordt gefinancierd via de zittingen. Die wordt aan de berekening van de prijs van de familiale zittingen toegevoegd.

De arbeidstijd van de secretaris wordt eveneens gefinancierd via de zittingen.

4. Prijs van de groepszitting

De prijs van de groepszitting stemt overeen met 2 keer de prijs van de individuele zitting, gedeeld door het gemiddelde aantal rechthebbenden waaruit de groep bestaat. Die prijs bedraagt 33,51 € (= 100,53 * 2 /6).

Tabel 7	Totaal in euro	indexeerbaar	niet-indexeerbaar
Prijs van een groepszitting	33,51*	31,927	1,583

*Prijs berekend op basis van de spilindex 107,20 (maart 2020 – basis 2013) van de consumptieprijzen. Het gaat om de prijs per rechthebbende die deelneemt aan de groepszitting.

De masters (psychologen, seksuologen en klinisch orthopedagogen) verrichten de groepszittingen met maximaal 10 rechthebbenden per zitting. Zij werken 120 minuten face-to-face met de patiënten (duur van de groepszitting). De arbeidstijd zonder de patiënt bedraagt 40 % van de totale arbeidstijd.

De arbeidstijd van de artsen met de patiënt wordt gefinancierd via de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkings. Hun arbeidstijd zonder de patiënt wordt gefinancierd via de zittingen. Die wordt aan de berekening van de prijs van de groepszittingen toegevoegd.

De arbeidstijd van de secretaris wordt eveneens gefinancierd via de zittingen.

3. Aantal zittingen per VTE therapeutisch personeel (masters en bachelors)

Een VTE komt overeen met 1.634 effectieve arbeidsuren per jaar (punt 1).

Een individuele zitting van 60 minuten vergt van de masters en bachelors 100 minuten werk; in die 60 minuten wordt immers geen rekening gehouden met het verrichte werk zonder de patiënt (punt 2 - grijze vakjes in tabel 4).

Met 1 VTE therapeutisch personeel kan het centrum dus 980 individuele zittingen (1.634/1,6667) per jaar realiseren.

Het centrum zou eventueel iets meer individuele zittingen kunnen realiseren indien het de arbeidstijd zonder de patiënt zou kunnen reduceren. Het centrum zou zo kunnen beantwoorden aan een hogere vraag en anticiperen op een verhoging van de capaciteit die samenhangt met een uitbreiding van zijn team. Om rekening te houden met deze mogelijkheid voegen we 5% toe aan het maximumaantal individuele zittingen, dat zo verhoogd wordt tot 1.029 per jaar. De maximale facturatiecapaciteit per jaar die vastgelegd wordt in artikel 20 blijft echter onveranderd, de marge van 5% wordt hieraan niet toegevoegd.

Het maximumaantal individuele zittingen per VTE therapeutisch personeel per jaar wordt dus berekend op basis van de volgende formule:

$$n. \text{ max. zittingen} = (n \text{ VTE} \times 1.634 / 1,6667) + (n \text{ VTE} \times 1.634 / 1,6667 \times 0,05)$$

Deze formule geeft de volgende resultaten voor volgende aantallen VTE die uit praktische overwegingen gekozen zijn:

VTE therapeutisch	Maximumaantal individuele zittingen / jaar
1,00	1.029
2,00	2.059
5,00	5.147
8,40	8.647

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITÉ

Etablissement Public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 - 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

CONVENTION ENTRE LE COMITE DE L'ASSURANCE SOINS DE SANTE DE L'INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE ET LE CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE LIEGE, POUR LE CENTRE D'ACCOMPAGNEMENT DE LA TRANSIDENTITE, A LIEGE

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 convenu ce qui suit 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 Centre Hospitalier Universitaire de Liège, à Liège, pour son centre d'accompagnement de la transidentité.

Article 1 Le centre d'accompagnement de la transidentité, à Liège, est désigné dans la présente convention par le terme « centre ».

Article 2 La présente convention définit les rapports entre, d'une part, le centre et, d'autre part, les bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé, l'INAMI et les organismes assureurs, en ce qui concerne notamment le programme de soins, les prestations prévues par cette convention, les moyens mis en œuvre pour réaliser ces prestations, leur prix et les modalités de paiement de ce prix.

I. BENEFICIAIRES DE LA CONVENTION

Article 3 Tout bénéficiaire au sens de la présente convention est un bénéficiaire de l'assurance soins de santé

1. qui adresse au centre une demande d'aide psychosociale et, si nécessaire, médicale concernant son identité ou son expression de genre,
2. et/ou qui présente des symptômes d'une dysphorie de genre ou qui en a reçu le diagnostic, selon la définition du DSM-5 (codes 302.6 [enfants], 302.85 [adolescents et adultes]), éventuellement de la CIM-11, ou d'une édition ultérieure de ces classifications.

II. OBJECTIFS DES PROGRAMMES DE SOINS

Article 4 § 1 Une personne qui répond à la définition des bénéficiaires (article 3) peut avoir besoin d'un accompagnement psychosocial et, si nécessaire, médical. Le centre peut réaliser en sa faveur un programme de soins qui vise au moins 3 des objectifs suivants :

1. Mettre à la disposition du bénéficiaire des compétences cliniques et scientifiques, afin d'établir avec lui, et si nécessaire avec ses proches, un bilan complet de la divergence entre son identité ou expression de genre et le genre qui lui est assigné, et de déterminer si un programme de soins est indiqué.
2. Rechercher la présence d'une éventuelle dysphorie de genre ; le cas échéant, en poser ou en confirmer le diagnostic, examiner ses causes et conséquences dans la vie du bénéficiaire.
3. Informer et conseiller le bénéficiaire sur les traitements existants en particulier les traitements hormonaux, médicamenteux et chirurgicaux d'affirmation du genre (nature de ces traitements, observance qu'ils requièrent, effets attendus, effets non-désirés).
4. Prescrire, coordonner et suivre les traitements indiqués ; effectuer la gestion de cas.
5. Dispenser une psychoéducation au bénéficiaire, pour lui permettre
 - de surmonter certaines difficultés que la dysphorie de genre peut entraîner dans sa vie quotidienne,
 - et/ou de gérer le traitement d'affirmation du genre et ses conséquences.
6. En cas de prescription d'une chirurgie de réattribution sexuelle, orienter le bénéficiaire vers un hôpital qui réalise cette chirurgie, prendre tous les contacts utiles avec cet hôpital et organiser avec lui la dispensation des soins (planification de l'entretien préopératoire, consultations chez le chirurgien, opération chirurgicale...)
7. Soutenir et conseiller le bénéficiaire si des difficultés financières font obstacle à l'intervention chirurgicale.

Le programme de soins remboursé en application de la présente convention n'a pas pour objectif la dispensation d'une psychothérapie monodisciplinaire ou d'une psychothérapie de moyenne ou longue durée aux bénéficiaires.

§ 2 Le centre développe un réseau de collaboration avec les acteurs de la santé et du bien-être, tels que les dispensateurs de soins de 1^{ère} ligne (médecins, psychologues), les

hôpitaux, les PMS, les centres de santé mentale, les associations... qui rencontrent des personnes susceptibles de présenter une dysphorie de genre, afin de permettre la détection et l'orientation rapides de celles qui ont besoin de soins spécialisés.

III. NATURE DES PROGRAMMES ET DES PRESTATIONS

Article 5 Tout programme individuel de soins multidisciplinaire couvert par la présente convention consiste dans l'ensemble coordonné des actes réalisés en faveur d'un bénéficiaire de la convention (article 3) qui sont appropriés à sa situation, qui sont nécessaires pour atteindre les objectifs définis à l'article 4 et qui ne sont pas couverts par la nomenclature des prestations de santé (annexe à l'A.R. du 14.09.1984). Ces actes sont dispensés sous la forme de séances individuelles, de séances familiales, de séances de groupe ou d'entretiens (article 6), par les membres de l'équipe thérapeutique du centre (article 8), au cours de la période fixée par le médecin-conseil de l'organisme assureur (article 18). Les actes couverts par la nomenclature des prestations de santé peuvent être intégrés dans le programme de soins, mais ils ne sont pas couverts par la convention. Les médicaments utilisés dans le cadre du programme de soins sont remboursés en application de la législation sur le remboursement des médicaments, ou à défaut par l'intermédiaire du forfait médicaments visé à l'article 6, § 6.

Article 6 § 1 Les prestations prévues par la présente convention sont dénommées :

- « séance d'accompagnement psychosocial individuelle », abrégée en « séance individuelle »,
- « séance d'accompagnement psychosocial familiale », abrégée en « séance familiale »,
- « séance d'accompagnement psychosocial en groupe », abrégée en « séance de groupe »,
- « entretien pré- ou postopératoire », abrégé en « entretien »,
- « forfait médicaments trimestriel », abrégé en « forfait médicaments ».

§ 2 Chaque *séance individuelle* exige la présence durant une heure au total, face à un seul bénéficiaire, éventuellement accompagné de proches, d'un ou plusieurs des thérapeutes du centre visés aux points 2 à 5 de l'article 8. La séance est facturable au montant fixé à l'article 17, § 1, point 1.

Les séances qui se dérouleraient face à plusieurs bénéficiaires ne peuvent pas être considérées comme des *séances individuelles*. Elles ne peuvent être portées en compte dans le cadre de la présente convention que dans le cas où elles répondent aux conditions des *séances de groupe*. Seulement dans le cas où parmi les proches d'un bénéficiaire, il y a un ou plusieurs autres bénéficiaires, une seule *séance individuelle* peut être portée en compte pour un seul bénéficiaire qui a assisté à cette séance qui se déroulerait face à plusieurs bénéficiaires.

La première prestation réalisée dans le cadre de la présente convention auprès d'un nouveau bénéficiaire est toujours une séance individuelle.

Les actes effectués au cours d'une *séance individuelle* peuvent être :

1. La réalisation d'un bilan multidisciplinaire, comprenant la passation de tests et échelles psychométriques pertinents.

2. L'élaboration d'un plan de soins individualisé, comprenant tous les soins prévus par la présente convention et par la nomenclature des prestations de santé, en ce compris la concertation multidisciplinaire sur l'indication ou la non-indication d'une hormonothérapie et/ou d'une opération chirurgicale (à réaliser par un service hospitalier spécialisé).
3. L'information du bénéficiaire sur les éventuelles conséquences médicales et psychosociales de la dysphorie de genre et sur les traitements.
4. La pose de l'indication de certains soins, leur coordination et l'accompagnement de leur dispensation ; la gestion des cas (*case management*) qui nécessitent l'intervention de plusieurs dispensateurs ou services de soins.
5. En accord avec les règles de bonne pratique validées à un niveau international, la dispensation d'une psychoéducation portant sur la dysphorie de genre, sur ses répercussions dans la vie quotidienne et/ou sur l'observance et les conséquences du traitement, en particulier le traitement hormonal et les interventions chirurgicales.
6. La réorientation adéquate de bénéficiaires dont les troubles ne peuvent pas être traités ni suivis par le centre en raison de leur nature, de leur sévérité, ou de leur complexité.
7. L'aide au bénéficiaire dans les formalités administratives et dans la liaison avec les institutions de soins, les services sociaux et les services administratifs, en vue de garantir le bon déroulement du plan de soins individualisé.
8. L'information du bénéficiaire sur les aspects pertinents de la législation.
9. L'offre d'un soutien et d'un conseil, lorsque des obstacles financiers compliquent la planification d'interventions chirurgicales.

§ 3 Chaque *séance familiale* exige la présence durant 1,5 heure au total, face à un seul bénéficiaire accompagné d'un ou plusieurs proches, d'un ou plusieurs des thérapeutes du centre visés aux points 2 à 5 de l'article 8. La séance familiale est facturable au montant fixé à l'article 17, § 1, point 2.

Dans le cas où parmi les proches d'un bénéficiaire qui assistent à une *séance familiale*, il y a un ou plusieurs autres bénéficiaires, une seule séance familiale peut être portée en compte pour un seul bénéficiaire qui a assisté à cette séance qui se déroulerait face à plusieurs bénéficiaires.

La séance familiale a pour but de répondre aux questions des proches, de donner attention au vécu émotionnel de la transidentité du bénéficiaire par le bénéficiaire et ses proches, de donner attention dans ce contexte aux relations intrafamiliales et d'améliorer ainsi les relations intrafamiliales.

§ 4 Chaque *séance de groupe* exige la présence durant 2 heures au total, face à un maximum de 10 bénéficiaires, d'un ou plusieurs des thérapeutes du centre visés aux points 2 et 3 de l'article 8. La séance de groupe est facturable au montant fixé à l'article 17, § 1, point 3.

La séance de groupe a pour but de favoriser l'échange entre les bénéficiaires et le partage d'expériences liées à la transidentité sous la supervision d'un ou plusieurs thérapeutes du centre visés aux points 2 et 3 de l'article 8.

§ 5 Chaque *entretien* exige la présence durant une heure au total, face à un seul bénéficiaire, éventuellement accompagné de proches, d'un ou plusieurs des thérapeutes du centre visés aux points 2 à 5 de l'article 8. L'entretien est facturable au montant fixé à l'article 17, § 1, point 4.

Les éventuels entretiens qui se dérouleraient face à plusieurs bénéficiaires ne sont pas considérés comme des prestations et ne peuvent pas donner lieu à une intervention de l'assurance ; elles ne sont pas facturables.

Les actes effectués au cours d'un *entretien* peuvent être :

1. La réalisation d'un bref bilan permettant de vérifier que le bénéficiaire a pris une décision ferme et définitive, en étant parfaitement informé de toutes les conséquences attendues à court, moyen et long terme de l'intervention chirurgicale, et des effets indésirables possibles.
2. Une information sur les modalités pratiques de l'intervention chirurgicale, sur l'équipe qui la réalisera...
3. Un bilan postopératoire, à la demande du bénéficiaire et/ou après évaluation par son médecin traitant, afin d'offrir un soutien pendant le séjour à l'hôpital, et éventuellement en cas de complications post-chirurgicales.

Un entretien peut uniquement être réalisé par le centre conventionné situé dans l'hôpital qui réalise l'opération chirurgicale de réassignation sexuelle. Si le centre n'est pas situé dans cet hôpital, il ne peut facturer d'entretien ni à l'assurance soins de santé, ni au bénéficiaire. Le cas échéant, il peut adresser le bénéficiaire à un centre situé dans l'hôpital qui réalise l'opération chirurgicale. Ce dernier centre peut réaliser l'entretien sans avoir introduit la demande d'accord d'intervention de l'assurance visée à l'article 18, et obtenir le remboursement des entretiens remboursables, si les conditions suivantes sont remplies :

- il a lui-même conclu la présente convention,
- le bénéficiaire lui est adressé par le centre qui le suit dans le cadre de la présente convention, sur la base d'un accord d'intervention de l'assurance encore valide, donné en application de l'article 18.

§ 6 Chaque *forfait médicaments* couvre les analogues de la gonadoréline (GnRH) utilisés par le bénéficiaire, pour chaque période de traitement de 3 mois qui tombe complètement avant le 21^e anniversaire du bénéficiaire, dans le cadre des soins dispensés en application de la présente convention. Il ne peut donner lieu à une intervention de l'assurance que si toutes les conditions suivantes sont remplies :

1. le centre traite le bénéficiaire dans le cadre d'un programme de soins visé à l'article 5 et lui a déjà dispensé au moins une séance individuelle remboursable, conformément au § 2,
2. les analogues de la gonadoréline ne sont pas remboursables par ailleurs,
3. ils sont prescrits par le médecin coordinateur visé à l'article 8, § 1, 1, ou par un endocrinologue pédiatrique ou un pédopsychiatre qui travaillent en concertation étroite avec l'équipe thérapeutique du centre, en application de l'article 14, § 2.

Le forfait médicaments est facturable au montant fixé à l'article 17, § 1, point 5.

§ 7 Le ou les thérapeutes de l'équipe visés aux points 2 à 5 de l'article 8 qui interviennent au cours des prestations dont question aux § 2 à 5 possèdent les compétences nécessaires, en fonction des actes effectués.

Les prestations visées aux § 2 à 5 peuvent uniquement être réalisées dans les locaux du centre dont question à l'article 14, § 1^{er}.

§ 8 Les consultations chez les médecins spécialistes, ainsi que les autres formes de soins et de traitements remboursés par ailleurs (les prestations de santé prévues par la nomenclature, les médicaments...) ne sont pas couvertes par la présente convention ; elles peuvent être facturées séparément, selon les conditions fixées par la réglementation en vigueur. Le médecin coordinateur (article 8, § 1, 1) respecte les honoraires fixés par la nomenclature des prestations de santé, sans y ajouter de supplément. Pour chaque spécialité à laquelle il fait appel dans le cadre du programme de soins prévu par la présente convention, le centre collabore avec au moins un médecin qui consulte dans l'hôpital où il est situé (article 14, § 1) et qui se conforme à ces mêmes honoraires, sans y ajouter de supplément. Il adresse le bénéficiaire à ce médecin, sauf si le bénéficiaire choisit un autre médecin, en étant parfaitement informé.

Les règles de cumul fixées à l'article 25 sont d'application.

§ 9 La présente convention ne couvre ni le remboursement d'une psychothérapie monodisciplinaire, ni le remboursement d'une psychothérapie de moyenne ou longue durée au-delà du nombre maximum de séances remboursables fixé à l'article 21, § 1. Si le bénéficiaire a besoin d'une psychothérapie monodisciplinaire ou d'une psychothérapie de moyenne ou longue durée, le centre peut soit l'adresser à un psychologue qui n'appartient pas à l'équipe multidisciplinaire visée à l'article 8, soit dispenser lui-même cette psychothérapie, hors du cadre de la présente convention. Le centre veille à l'application des dispositions du § 10 et de l'article 28.

§ 10 Le centre explique clairement à chaque bénéficiaire les objectifs et la nature des soins dispensés, en distinguant :

- les soins dispensés et remboursés en application de la convention,
- les soins dispensés dans le cadre du programme prévu par la convention, mais remboursés par l'assurance soins de santé dans un autre cadre réglementaire,
- les soins ou services qui ont un lien avec le programme prévu par la convention et/ou qui peuvent être proposés par l'équipe multidisciplinaire, mais qui ne sont pas remboursés par l'assurance soins de santé.

Avant ou au cours de la 1^{ère} séance individuelle, le centre détaille les coûts liés à l'ensemble de ces soins, en distinguant les coûts à charge de l'assurance et les coûts à charge du bénéficiaire. Il lui remet un document explicatif contre accusé de réception signé.

IV. DEFINITION DE L'ETABLISSEMENT

4.1. Définition

Article 7 Le centre visé par la présente convention est l'équipe multidisciplinaire (article 8) qui travaille de manière coordonnée à l'exécution des actes prévus par la présente convention (article 6, §§ 1 à 6), afin d'atteindre les objectifs fixés (article 4), en faveur des bénéficiaires visés par cette même convention (article 3).

4.2. Cadre du personnel

Article 8 § 1 Le cadre du *personnel thérapeutique* du centre comprend au moins les fonctions 1 à 5 ci-dessous :

1. Médecin coordinateur,
2. - Psychologue pour enfants et adolescents (si le centre traite des bénéficiaires de moins de 16 ans)
- [FACULTATIF, donc sans obligation pour l'établissement] orthopédagogue clinicien pour enfants et adolescents (si le centre souhaite faire appel à cette fonction pour la prise en charge des bénéficiaires de moins de 18 ans),
3. Psychologue sexologue (si le centre traite des bénéficiaires de 16 ans et plus),
4. Case manager (gestionnaire de cas),
5. Travailleur social.

Le cadre du *personnel administratif* comprend toujours la fonction suivante :

6. Secrétaire.

§ 2 Tous les membres de l'équipe thérapeutique (fonctions 1 à 5) répondent aux conditions fixées à l'article 9. La fonction 1 est exercée par une seule personne. Aucun membre de l'équipe exerçant les fonctions 2 à 5 ne travaille moins de 5 heures par semaine dans le cadre de la convention. La fonction 6 est exercée par une ou plusieurs personnes répondant aux conditions fixées à l'article 9, § 1.

En cas d'absence de courte durée des titulaires d'une fonction thérapeutique (1 à 5), celle-ci peut être exercée temporairement par un remplaçant qui est de préférence issu du service hospitalier auquel le centre appartient, et qui possède les qualifications, connaissances et expérience requises pour exercer cette fonction. Le centre prend toutes les dispositions nécessaires pour éviter que les remplacements de membres du personnel thérapeutique aient des conséquences négatives pour les bénéficiaires. Afin de garantir la parfaite continuité des soins, les remplaçants ont une connaissance approfondie de la situation des bénéficiaires qui ont déjà reçu des séances dans le centre. Ils consignent toutes les observations utiles dans le dossier du bénéficiaire.

Article 9 § 1 Tous les membres du personnel thérapeutique selon leur fonction (article 8, § 1, 1 à 5) prouvent, par leur formation et par leur expérience professionnelle, leur compétence et leur expérience concernant les aspects médicaux et psychosociaux de la dysphorie de genre, de ses causes, de ses conséquences et de son traitement.

Les membres du personnel administratif possèdent une connaissance suffisante de la dysphorie de genre, afin d'accueillir les bénéficiaires de manière adéquate.

§ 2 Des dispositions particulières sont d'application pour les personnes qui occupent les fonctions suivantes :

Médecin coordinateur

Un et un seul médecin spécialiste exerce la fonction de coordinateur. En plus des tâches découlant de sa fonction de spécialiste du transgénérisme et de la dysphorie de genre, il assume la direction médicale et la coordination de l'équipe multidisciplinaire visée à l'article 8, § 1,

2-6, pour tout ce qui concerne l'application de la présente convention. Il est en particulier responsable de

- la coordination de l'équipe multidisciplinaire,
- la qualité et la bonne organisation des soins dispensés,
- la pertinence et la cohérence de chaque programme de soins individuel,
- l'expérience, la compétence et la formation continue de chaque membre de l'équipe thérapeutique, dans la fonction qu'il exerce en application de la convention,
- l'actualité et la validité médicale des concepts qui fondent les programmes de soins,
- la qualité des données recueillies et transmises.

Il a une voix prépondérante dans le recrutement et la sélection des membres de l'équipe multidisciplinaire visée à l'article 8, § 1, 2-6.

Il démontre – par sa formation, par son parcours professionnel et par ses publications scientifiques dans des revues internationales soumises au peer review – sa compétence et son expérience approfondies des éventuels aspects médicaux et psychosociaux de la dysphorie de genre.

Psychologue de l'enfant et de l'adolescent ; psychologue sexologue pour adultes

La ou les personnes qui exercent la fonction de psychologue de l'enfant et de l'adolescent, ou la fonction de psychologue sexologue possèdent un diplôme de master (licence) qui les qualifie pour exercer leur fonction de psychologue. Le psychologue qui travaille avec des enfants et des adolescents de moins de 16 ans démontre son expérience clinique dans cette classe d'âge. Le psychologue qui travaille avec des adultes possède également un diplôme de sexologue. Ils peuvent en outre démontrer leur expérience de la prise en charge de patients dont la condition de santé a des répercussions sur l'image de soi, l'identité de genre, la sexualité et le fonctionnement psychosexuel. Elles ont une connaissance approfondie de la dimension existentielle de la dysphorie de genre et une bonne connaissance de ses aspects médicaux.

Orthopédagogue clinicien pour enfants et adolescents

Dans le cas où l'établissement souhaite inclure la fonction d'orthopédagogue clinicien pour enfants et adolescents de moins de 18 ans dans le cadre du personnel thérapeutique : la ou les personnes qui exercent la fonction d'orthopédagogue clinicien pour enfants et adolescents possèdent un diplôme de master (licence) qui les qualifie pour exercer leur fonction d'orthopédagogue clinicien. L'orthopédagogue clinicien travaille avec des enfants et des adolescents de moins de 18 ans et démontre son expérience clinique dans cette classe d'âge. Il peut en outre démontrer son expérience dans l'accompagnement et la prise en charge de patients dont la condition de santé a des répercussions sur l'image de soi, l'identité de genre, la sexualité et le fonctionnement psychosexuel. Il a une connaissance approfondie de la dysphorie de genre et une bonne connaissance de ses aspects médicaux.

Case manager

La ou les personnes qui exercent la fonction de case manager possèdent un diplôme de master (licence) qui les qualifie pour exercer leur fonction. Elles ont une connaissance approfondie de la dysphorie de genre. Elles sont capables

- de tenir le rôle de premier point de contact entre les bénéficiaires et le centre,

- de coordonner toutes les composantes médicales, psychologiques et psychosociales du traitement et de l'accompagnement des bénéficiaires, pour tous les aspects de la dysphorie de genre visés par la présente convention, en ce compris les soins qui ne sont pas dispensés par le centre lui-même,
- de conseiller les bénéficiaires et les membres de leur entourage afin de leur permettre de gérer eux-mêmes certains aspects du traitement,
- d'enregistrer les données relatives aux bénéficiaires, et de les gérer de manière sécurisée, dans la stricte application de la législation relative à la vie privée et au secret médical.

Travailleur social

La ou les personnes qui exercent la fonction de travailleur social possèdent la qualification d'infirmier social, d'infirmier spécialisé en santé communautaire, ou d'assistant social. Elles possèdent des connaissances suffisantes sur la dysphorie de genre et une connaissance approfondie de la sécurité sociale à tous ses niveaux d'organisation. Elles peuvent proposer des solutions concrètes aux problèmes sociaux et/ou financiers qui se posent aux bénéficiaires, en conséquence directe ou indirecte de leur dysphorie de genre. Dans ce contexte, elles aident les bénéficiaires dans les formalités administratives et assurent la liaison avec les institutions et services sociaux et administratifs.

Article 10 § 1 *Le temps de travail pour la réalisation des séances visées à l'article 6, §§ 2 à 4 en application de la convention (ci-dessous : temps de travail) est le temps effectivement consacré à la réalisation des séances prévues par la convention ou des tâches induites par la réalisation de ces séances, en la présence ou hors de la présence des bénéficiaires. Il s'agit du temps pris en compte dans le calcul du prix des prestations (points 2 à 4 de l'annexe). En application de l'article 6, § 8, le temps consacré à la réalisation d'actes financés dans un autre cadre réglementaire n'est jamais pris en compte dans le temps de travail dans le cadre de la convention ; ce dernier est résiduaire par rapport au temps consacré à tous les actes financés par ailleurs.*

Le temps de travail total est la somme des temps de travail de tous les membres de l'équipe.

§ 2 *Afin de garantir la qualité des soins, le centre respecte une règle de proportionnalité entre le temps de travail total de son équipe thérapeutique et administrative et le nombre de séances qu'il réalise au cours d'une année civile. Cette règle est fondée sur le calcul du coût des séances. Elle est énoncée au point 5 de l'annexe.*

Le centre respecte également une règle de proportionnalité, fondée sur le coût des séances dont question à l'article 6, §§ 2 à 4, pour la répartition des temps de travail entre les différentes fonctions. Selon cette règle :

1. *Le temps de travail total dans chaque fonction ou groupe de fonction est la somme du temps de travail de tous les membres de l'équipe multidisciplinaire qui exercent cette fonction. Le minimum ou le maximum du rapport entre le temps de travail total par fonction et le temps de travail total l'ensemble de l'équipe est mentionné dans le tableau suivant :*

(Groupes de) fonctions	% minimum	% maximum
Médecin coordinateur (art. 8, § 1 ^{er} , point 1) :	5	

Masters (art. 8, § 1 ^{er} , points 2, 3 et 4) :	70	
Bacheliers (art. 8, § 1 ^{er} , point 5) :	5	
Secrétaires (art. 8, § 1 ^{er} , point 6) :		12

2. Le temps de travail total n'est jamais inférieur à 5 heures par semaine pour aucune des fonctions mentionnées aux points 1 à 4 de l'article 8.

Article 11 § 1 Le centre prend 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 ce membre du personnel.

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 doit être compensée par de nouveaux engagements ou par une augmentation de la durée du temps de travail d'autres membres de l'équipe, en tenant compte des qualifications prévues pour chaque fonction. Le financement de cette occupation compensatoire n'est pas réglé par la présente convention, mais n'est pas en contradiction avec celle-ci.

§ 2 Le centre tient à jour un relevé complet des membres de l'équipe qu'il emploie. Ce relevé indique à tout moment l'identité de chaque membre de l'équipe, sa fonction, ainsi que son temps de travail et son horaire hebdomadaire dans le cadre de la convention. Ce relevé doit pouvoir être présenté immédiatement lors de la visite d'un représentant de l'INAMI ou d'un organisme assureur.

Un récapitulatif de l'évolution du cadre du personnel du centre au cours de l'année précédente (reprenant l'identité de chaque membre du personnel, sa fonction, et son temps de travail) est établi selon un modèle défini par le Service des soins de santé. Il est adressé chaque année au Service des soins de santé de l'INAMI, avec la comptabilité visée à l'article 30.

§ 3 En cas de non-respect du cadre requis, au cours d'une année civile déterminée, le Comité de l'assurance peut décider, sur proposition du Collège des médecins-directeurs, de résilier la présente convention et/ou de récupérer un pourcentage de l'intervention de l'assurance dans les prestations qui peut atteindre le double du pourcentage du cadre du personnel manquant au cours de l'année civile considérée. Dans tous les cas, avant toute décision du Collège et du Comité de l'assurance, le centre a l'occasion d'expliquer par écrit les raisons du non-respect du cadre.

Le centre s'engage à ne pas récupérer auprès de ses bénéficiaires le montant des interventions de l'assurance qu'il aurait dû rembourser en application des dispositions ci-dessus.

Article 12 Le coût salarial du personnel occupé dans le cadre de la convention est entièrement supporté par le centre sur la base du remboursement du coût des prestations obtenu en application de cette convention. Le centre 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.

Article 13 L'équipe thérapeutique multidisciplinaire se réunit au moins une fois par mois. Ces réunions contribuent à la cohérence de son fonctionnement et de ses interventions auprès de bénéficiaires ainsi qu'au partage et à la mise à jour des connaissances de ses membres dans toutes les matières utiles. Elles sont placées sous la supervision du médecin coordinateur.

Chaque réunion donne lieu à la rédaction d'un compte-rendu écrit qui reprend au moins les noms des participants, la liste des sujets abordés et les noms des bénéficiaires dont le cas a été discuté. Ce compte-rendu écrit est conservé par le centre.

4.3. Unité de fonctionnement et accessibilité

Article 14 § 1 Le centre est installé dans les locaux d'un hôpital, sur un seul site de cet hôpital. Il constitue une unité organisationnelle et fonctionnelle aisément identifiable comme telle par les bénéficiaires. Il dispose des espaces de consultation et d'entretien individuels et des espaces de séance de groupe nécessaires, d'une salle de réunion et d'un secrétariat où les dossiers patients sont gardés à la disposition de l'équipe pluridisciplinaire. Il dispose en permanence de tout le matériel utile au bon déroulement des programmes de soins couverts par la présente convention.

§ 2 Le centre peut faire appel à tout médecin dont la spécialité est requise pour une prise en charge optimale des bénéficiaires dans le cadre de la présente convention, conformément aux dispositions de l'article 6, § 8. Il peut en particulier faire appel à un spécialiste, ayant une expérience du traitement de la dysphorie de genre, dans chacune des spécialités suivantes,

- s'il traite des bénéficiaires de moins de 16 ans : urologie pédiatrique, endocrinologie pédiatrique, pédopsychiatrie,
- s'il traite des bénéficiaires de 16 ans et plus : endocrinologie, urologie, gynécologie, chirurgie plastique, génétique, psychiatrie.

Ces médecins travaillent dans l'hôpital auquel le centre appartient, en concertation étroite avec l'équipe thérapeutique du centre. Ils assistent aux réunions de l'équipe multidisciplinaire chaque fois que leurs compétences y sont requises.

Néanmoins, le personnel de l'hôpital qui intervient auprès des bénéficiaires de la présente convention mais qui n'est pas explicitement repris dans le cadre effectif du personnel du centre, visé aux articles 8 et 9, ne fait pas partie du centre et ses interventions ne sont pas financées par la présente convention.

§ 3 Le centre veille à maximiser le temps de présence simultanée des membres de son personnel, afin de garantir son unité de fonctionnement et la disponibilité des différentes disciplines, lors de la venue des bénéficiaires. Il communique l'horaire hebdomadaire de ses activités et tout changement qui y est apporté, à ses bénéficiaires et au Service des soins de santé de l'INAMI.

Il prend toutes les mesures utiles pour qu'au moins 1 titulaire des fonctions 1 à 4, visées à l'article 8, § 1, soit rapidement accessible pendant les heures d'activité du centre.

4.6. Nombre minimal de bénéficiaires

Article 15 § 1 Afin de démontrer sa compétence et son expérience acquises dans la dysphorie de genre et ses conséquences, et dans la prise en charge thérapeutique des bénéficiaires, tout centre candidat à la conclusion de la présente convention prouve qu'au cours des 2 années civiles complètes qui précèdent l'année d'introduction de sa demande, il a suivi annuellement, en moyenne, un minimum de 100 personnes répondant aux conditions de l'article 3.

A partir de l'entrée en vigueur de la présente convention, au cours de chaque année civile, le centre réalise au moins une séance individuelle, une séance familiale, une séance de groupe ou un entretien dans le cadre de la présente convention en faveur d'un minimum de 100 bénéficiaires différents, répondant aux conditions de l'article 3. Les bénéficiaires en faveur desquels le centre ne réalise qu'un forfait médicaments ne sont pas pris en compte.

§ 2 La présente convention cesse d'être en vigueur, par décision du Comité de l'assurance sur proposition du Collège des médecins-directeurs, le 1^{er} juillet de l'année qui suit la 1^{ère} période de 2 années civiles consécutives au cours de laquelle le nombre minimum de bénéficiaires différents n'a pas été atteint. Dans tous les cas, avant toute décision du Collège et du Comité de l'assurance, le centre a l'occasion d'expliquer par écrit les raisons de l'insuffisance du nombre de ses bénéficiaires.

V. INTERVENTION DE L'ASSURANCE DANS LE COUT DES PRESTATIONS

5.1. Intervention de l'assurance

Article 16 L'intervention de l'assurance dans le coût ou « prix » de toute prestation prévue par la présente convention est un forfait qui couvre la totalité des frais engendrés par la réalisation de cette prestation en faveur d'un bénéficiaire. Elle est due pour toute prestation qui respecte les conditions prévues par la convention.

Article 17 § 1 Le montant de l'intervention de l'assurance est établi sur base de l'annexe à la présente convention. Il est fixé à :

	pseudocode	total (en euros)	indexable	non-indexable
1. Séance individuelle (art. 6, § 2)	787916-787920	100,53	95,78	4,75
2. Séance familiale (art. 6, § 3)	791571-791582	150,80	143,67	7,13
3. Séance de groupe (art. 6, § 4) : prix par bénéficiaire qui assiste à la séance de groupe	791792-791803	33,51	31,93	1,58
4. Entretien (art. 6, § 5)	787931-787942	100,53	95,78	4,75
5. Forfait médic. (art. 6, § 7)	787953-787964	273,79	0	273,79

§ 2 La partie indexable de ce montant est liée à l'indice pivot 107,20 (mars 2020 – base 2013) des prix à la consommation. Elle 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 pour certaines dépenses dans le secteur public.

§ 3 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, modifié par l'arrêté royal du 12 février 1999, 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 de rééducation visés à l'article 22, 6°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

5.2. Demande d'accord et période d'intervention de l'assurance

Article 18 § 1 Pour tout bénéficiaire, l'intervention de l'assurance dans le coût des prestations 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'A.R. 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'A.R. ci-dessus, la demande d'accord doit parvenir au médecin-conseil de la mutualité du bénéficiaire, au plus tard, dans les 30 jours qui suivent la date de la 1^{ère} prestation (séance individuelle) réalisée par le centre, en faveur de ce bénéficiaire, dans le cadre de la période demandée. Elle doit être introduite au moyen du formulaire approuvé par le Comité de l'assurance soins de santé, auquel est joint un rapport médical établi par un médecin du centre, selon le modèle approuvé par le Collège des médecins-directeurs.

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. La durée maximale de chaque période est de 36 mois, à compter de la date de début. Toute décision de refus est motivée.

Un seul accord est requis pour les séances individuelles, les séances familiales, les séances de groupe et l'entretien (article 6, §§ 2 à 5) ; un autre accord est requis pour le forfait médicaments (article 6, § 6).

§ 2 Toute demande de prolongation ou de renouvellement de la période d'intervention de l'assurance doit être introduite selon les modalités prévues au § 1 ci-dessus. Cependant, la première prestation réalisée dans le cadre de cette période de prolongation ne doit pas forcément être une séance individuelle.

En application des dispositions de l'article 142, § 2, de l'A.R. ci-dessus, la demande d'accord doit parvenir au médecin-conseil de la mutualité du bénéficiaire, au plus tard, dans les 30 jours qui suivent la date de la 1^{ère} prestation réalisée par le centre, en faveur de ce bénéficiaire, dans le cadre de la période demandée. Elle doit être introduite au moyen du formulaire approuvé par le Comité de l'assurance soins de santé, auquel est joint un rapport médical établi par un médecin du centre, selon le modèle approuvé par le Collège des médecins-directeurs.

Les périodes sont prolongeables ou renouvelables tant que le nombre maximum de séances (séances individuelles dont question à l'article 6, § 2, séances familiales dont question

à l'article 6, § 3 et séances de groupe dont question à l'article 6, § 4) et le nombre maximum d'entretiens (dont question à l'article 6, § 5) ne sont pas atteints pour le bénéficiaire considéré. Elles ne le sont plus lorsqu'il est atteint.

§ 3 Le centre informe le bénéficiaire et l'aide dans les démarches à accomplir.

Article 19 § 1 La période d'intervention de l'assurance est interrompue d'office si le bénéficiaire interrompt son programme dans le centre pour le poursuivre dans un autre centre conventionné avec l'INAMI. Un nouvel accord d'intervention conforme aux dispositions de l'article 18 est requis pour la poursuite du programme dans ce second centre.

Moyennant l'accord du bénéficiaire, le centre qui a entamé le programme et celui qui le poursuit maintiennent tous les contacts utiles pour assurer le déroulement optimal du programme de soins. Ils prennent les mesures qui s'imposent pour garantir le respect des dispositions de la convention.

§ 2 L'interruption d'un programme dans un centre, et sa poursuite dans un autre ne modifie en rien les dispositions de la présente convention, notamment en ce qui concerne le nombre total de prestations remboursables qui reste identique aux maximums fixés à l'article 21).

§ 3 L'envoi d'un bénéficiaire vers un centre conventionné qui réalise uniquement l'entretien préopératoire et l'éventuel entretien postopératoire, en application de l'article 6, § 5, ne constitue pas un motif d'interruption de la période d'intervention dans le centre. Le centre qui ne réalise que l'entretien ne peut pas demander l'ouverture d'une période d'intervention de l'assurance pour cette seule prestation.

5.3. Nombres maximums de prestations remboursables

Article 20 Au cours d'une même année civile, le centre peut réaliser des prestations facturables jusqu'à un maximum de 3.723 unités de facturation. Dans le calcul du nombre maximum de prestations facturables :

- chaque séance individuelle vaut 1 unité de facturation ;
- chaque séance familiale vaut 1,5 unité de facturation ;
- chaque séance de groupe vaut 0,33 unité de facturation ;
- chaque entretien vaut 1 unité de facturation ;
- chaque forfait médicaments vaut 2,7 unités de facturation.

L'entretien est décompté du total de l'établissement qui le réalise et le facture conformément aux dispositions de l'article 6, § 5.

L'année d'entrée en vigueur et l'année de cessation de vigueur de la présente convention, la capacité maximale de facturation est adaptée au prorata de la durée de validité de la convention au cours de cette année civile.

Article 21 § 1 Le nombre maximum de séances remboursables (séances individuelles dont question à l'article 6, § 2, séances familiales dont question à l'article 6, § 3 et séances de groupe dont question à l'article 6, § 4) en faveur d'un même bénéficiaire est limité à 40 séances au total pour toute la durée de la prise en charge dans le cadre de la présente convention à répartir comme suit en fonction de l'âge du bénéficiaire :

1. avant son 16^e anniversaire, le bénéficiaire peut obtenir le remboursement d'un maximum de 30 séances,
2. à partir de son 16^e anniversaire, le bénéficiaire peut obtenir le remboursement d'un maximum de 25 séances.

Dans le cas où le bénéficiaire a épuisé le nombre maximum de 30 séances remboursables avant son 16^e anniversaire (point 1 ci-dessus), il ne peut plus bénéficier que de 10 séances remboursables à partir de son 16^e anniversaire (30 + 10 = 40) ; le maximum absolu étant, quoi qu'il en soit, fixé à 40 séances remboursables.

Dans le cas où le bénéficiaire atteint son 16^e anniversaire sans avoir épuisé le nombre maximum de 30 séances remboursables (point 1 ci-dessus), les séances restantes ne peuvent pas être ajoutées à la période suivante (point 2 ci-dessus) pour en augmenter le maximum ; ce maximum reste, dans tous les cas, fixé à 25 séances remboursables pour un maximum absolu de 40 séances remboursables. Par conséquent, si un bénéficiaire a bénéficié de 5 séances avant son 16^e anniversaire, il ne peut plus bénéficier que de 25 séances remboursables après son 16^e anniversaire. Pour un tel bénéficiaire, le maximum de 40 séances remboursables ne pourra pas être atteint.

Parmi les 40 séances dont question au § 1^{er}, seules sont facturables un maximum de 5 séances familiales et de 5 séances de groupe.

Au cours d'une même année civile, le nombre maximum de prestations remboursables en faveur d'un même bénéficiaire est limité à 8 séances dont au maximum 2 séances familiales et au maximum 2 séances de groupe. Dans le décompte du nombre maximum de prestations (séances) remboursables, chaque séance familiale et chaque séance de groupe compte pour une prestation.

Au cours de la même journée, un bénéficiaire peut recevoir au maximum soit 2 séances individuelles, soit 1 séance individuelle et 1 entretien, soit 1 séance familiale, soit 1 séance de groupe.

§ 2 Le nombre maximum d'entretiens dont question à l'article 6, § 5 remboursables en faveur d'un même bénéficiaire est fixé à 2 à partir de son 16^e anniversaire.

§ 3 Un même bénéficiaire peut recevoir une intervention de l'assurance dans un seul forfait médicaments par période de 3 mois qui tombe complètement avant son 21^e anniversaire.

5.4. Modalités de facturation des prestations

Article 22 Le centre facture le montant de l'intervention de l'assurance à l'organisme assureur du bénéficiaire en suivant la procédure de facturation électronique de l'établissement hospitalier dont il fait partie. Il informe le bénéficiaire au moins une fois par an par écrit des montants qu'il a facturés à son organisme assureur, en application de la présente convention.

Article 23 § 1 Le centre s'engage à rembourser toute intervention de l'assurance indûment perçue, conformément aux dispositions de l'article 164 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

§ 2 Il s'engage à ne facturer aux bénéficiaires :

- aucun acte pour lequel l'intervention de l'assurance est refusée, quel que soit le motif du refus.
- aucune intervention de l'assurance qu'il aurait dû rembourser, en vertu des dispositions du § 1, quel que soit le motif de l'obligation de remboursement.

5.5. Règles de cumul

Article 24 Si en application des dispositions de l'article 18, deux ou plusieurs périodes d'intervention de l'assurance sont accordées à un même bénéficiaire dans un programme de soins réalisé par le centre et par un ou plusieurs autres centres d'accompagnement de la transidentité, conventionnés avec l'INAMI, ces périodes ne peuvent jamais coïncider, même partiellement.

Article 25 Selon les dispositions de l'article 6, § 8, les soins et traitements remboursés par l'assurance soins de santé dans un autre cadre réglementaire ne sont pas inclus dans les prestations prévues par la présente convention. Ils peuvent être cumulés avec ces prestations.

Article 26 Le centre s'engage à ne facturer aucun supplément aux bénéficiaires ou aux organismes assureurs, pour les prestations réalisées dans le cadre de la présente convention.

Article 27 Le centre prend toutes mesures utiles afin de garantir l'application des dispositions des articles 24 à 26 ci-dessus. Il en expose les termes et en explique la portée au bénéficiaire ou à son représentant légal, dans un document écrit qu'il leur remet contre récépissé signé.

VI. GESTION DES DONNEES MEDICALES ET RAPPORT ANNUEL

Article 28 § 1 Le centre établit pour chaque bénéficiaire un dossier patient reprenant au moins :

- Ses données d'identification.
- Une copie du plan de soins individualisé.
- Les résultats des examens réalisés.
- Une synthèse des prestations réalisées en sa faveur, des objectifs visés et des résultats effectivement atteints.
- Les conclusions des réunions d'équipe le concernant.
- Une copie de la correspondance échangée, le cas échéant, avec son médecin généraliste et son médecin spécialiste traitant.
- Toute autre correspondance concernant ce bénéficiaire.

§ 2 À moins que le bénéficiaire s'y oppose, le centre communique à son médecin traitant,

- au début du programme : le plan de soins individualisé,
- dès que le programme est achevé : un rapport de synthèse qui mentionne les soins effectivement dispensés, leurs résultats et les points d'attention éventuels.

§ 3 Le recueil, la conservation, la transmission et l'usage des données reprises dans les dossiers patients se conforment aux obligations légales et déontologiques relatives au respect du secret médical et à la protection de la vie privée.

Article 29 § 1 Le centre transmet chaque année, au plus tard le 31 mars, un rapport annuel relatif à l'année écoulée contenant des données détaillées sur :

- Les caractéristiques de la population des bénéficiaires de la convention,
- Les soins dispensés et les résultats obtenus,
- Le fonctionnement du centre.

Le rapport respecte les obligations légales relatives à la protection de la vie privée. Il ne contient que des données globalisées qui ne permettent pas d'identifier les bénéficiaires.

§ 2 Le centre met scrupuleusement en œuvre la procédure de recueil, d'analyse et de transmission des données définie par le Collège, dès réception de ces instructions. Aussi longtemps que le Collège n'a pas donné des instructions précises relatives à la rédaction du rapport annuel, le centre est libre dans la rédaction de ce rapport qui doit en tout cas répondre aux conditions du présent article 29.

Les frais engendrés par le recueil des données et leur analyse, ainsi que par la rédaction et l'envoi du rapport annuel sont couverts par le remboursement des séances individuelles, séances familiales, séances de groupe et entretiens fixé à l'article 17.

VIII DISPOSITIONS ADMINISTRATIVES GENERALES

Article 30 Le Pouvoir organisateur du centre tient une comptabilité basée, d'une part, sur le plan comptable normalisé minimum pour les hôpitaux (A.R. 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 revenus puissent être immédiatement connus. Avant la fin du mois de juin de chaque année, le Pouvoir organisateur du centre envoie au Service des soins de santé de l'INAMI les données comptables liées à l'application de la présente convention et relatives à l'année civile précédente.

Article 31 § 1 Le centre s'engage à fournir au Service des soins de santé de l'INAMI et/ou aux organismes assureurs concernés toutes les informations leur permettant de contrôler le respect des dispositions de la présente convention sous tous leurs aspects.

§ 2 Le centre autorise tout représentant de l'INAMI ou des organismes assureurs à effectuer les visites que celui-ci juge utiles à l'accomplissement de sa mission de contrôle du respect des dispositions de la présente convention.

Article 32 § 1 Le Pouvoir organisateur du centre s'engage à créer toutes les conditions permettant à ce dernier de mettre en œuvre les programmes de soins individuels dans des conditions optimales et de respecter toutes les dispositions de la présente convention.

§ 2 Le Pouvoir organisateur du centre assume l'entière responsabilité de l'éventuel non-respect des dispositions de la présente convention par le centre et des conséquences, notamment financières, qui en résultent.

§ 3 Le Pouvoir organisateur du centre s'engage à informer chaque membre de l'équipe de toutes les dispositions de la présente convention afin de lui permettre d'accomplir ses tâches conformément aux dispositions de la présente convention. A cet effet, le Pouvoir organisateur remet à chaque membre du personnel le texte complet de la présente convention. Il conserve, à cet égard, et tient à la disposition du Service des soins de santé de l'INAMI les accusés de réception signés par les membres de l'équipe.

IX MESURES TRANSITOIRES

Article 33 § 1 Les accords individuels qui ont été donnés dans le cadre de la précédente convention restent valables et continuent à courir jusqu'à leur date de fin sur base des modalités prévues dans le cadre de la précédente convention.

§ 2 Les bénéficiaires dont l'accord individuel a été donné dans le cadre de la précédente convention peuvent bénéficier des nouvelles prestations prévues par la présente convention et visées à l'article 6, §§ 3 et 4, pour autant que toutes les conditions soient remplies. Le nombre maximum de prestations remboursables tel que visé à l'article 21 de la présente convention s'applique également aux bénéficiaires dont l'accord individuel en cours a été donné dans le cadre de la précédente convention. Pour l'application des dispositions relatives au nombre maximum de prestations remboursables tel que visé à l'article 21 de la présente convention, il y a lieu de tenir compte des prestations réalisées dans le cadre de la précédente convention.

§ 3 Les accords individuels pour des forfaits médicaments trimestriels donnés dans le cadre de la précédente convention sont prolongés automatiquement jusqu'à la veille du 21^e anniversaire du bénéficiaire.

§ 4 Jusqu'au 31 décembre 2020, le centre peut déroger aux dispositions de l'article 21, § 1^{er} qui stipulent qu'« *Au cours d'une même année civile, le nombre maximum de prestations remboursables en faveur d'un même bénéficiaire est limité à 8 séances dont au maximum 2 séances familiales et au maximum 2 séances de groupe. Dans le décompte du nombre maximum de prestations (séances) remboursables, chaque séance familiale et chaque séance de groupe compte pour une prestation.* ». Par conséquent, au cours de l'année civile 2020, la limite par année civile fixée à un maximum de 8 séances remboursables en faveur d'un même bénéficiaire ne s'applique pas. A partir du 1^{er} janvier 2021, ces dispositions s'appliquent strictement à tous les bénéficiaires de la présente convention, en ce compris les bénéficiaires dont l'accord individuel a été donné dans le cadre de la précédente convention.

§ 5 Jusqu'au 30 juin 2022, le centre peut déroger aux dispositions de la présente convention relatives au nombre de bénéficiaires à prendre en charge sur base annuelle en vertu des dispositions de l'article 15, § 1^{er} de la présente convention et aux dispositions relatives à l'encadrement (disciplines et temps de travail) dont doit disposer le centre en vertu des articles 8, 9 et 10 de la présente convention.

Au plus tard le 31 octobre 2022, le centre communique au directeur médical de chaque organisme assureur (fédération nationale) une liste de tous les bénéficiaires affiliés à cet organisme assureur qu'il a suivis durant la période du 2 juillet 2021 au 1^{er} juillet 2022 et pour lesquels au minimum une prestation (séance individuelle, séance familiale, séance de groupe, entretien) prévue à la présente convention a été réalisée durant cette période ET facturée à l'organisme assureur à la date du 30 septembre 2022 au plus tard.

Cette liste doit mentionner, pour chaque bénéficiaire dont question ci-avant :

- le nom du bénéficiaire ;
- la date de naissance du bénéficiaire ;
- le type de la dernière prestation réalisée durant la période concernée (du 2 juillet 2021 au 1^{er} juillet 2022) dans le cadre de la présente convention (séance individuelle, séance familiale, séance de groupe, entretien) et facturée à la date du 31 octobre 2022 au plus tard ;
- la date à laquelle a été réalisée cette dernière prestation ;
- la date à laquelle cette dernière prestation a été facturée à l'organisme assureur.

Le total des nombres de bénéficiaires mentionnés dans les listes envoyées à tous les organismes assureurs confondus, doit s'élever à 100 bénéficiaires au minimum. Les organismes assureurs peuvent vérifier, pour les bénéficiaires mentionnés dans ces listes :

- si un accord a effectivement été donné dans le cadre de la présente convention et est toujours en cours durant le tout ou une partie de cette période (du 2 juillet 2021 au 1^{er} juillet 2022) ;
- si une prestation a été effectivement réalisée (du 2 juillet 2021 au 1^{er} juillet 2022) ;
- si cette prestation a effectivement été facturée à l'organisme assureur au plus tard le 30 septembre 2022 et comptabilisée par l'organisme assureur au plus tard le 30 novembre 2022.

Par ailleurs, le centre s'engage à transmettre, au plus tard le 31 juillet 2022, une liste de tous les membres de l'équipe qui est active dans le cadre de la présente convention au 1^{er} juillet 2022, avec la mention du nom, de la fonction exercée, et du nombre d'heures de travail prestées (par semaine) par le membre du personnel pour le centre. Le centre y ajoute les pièces justificatives qui démontrent qu'il est satisfait aux exigences de la convention relatives à la formation des membres de l'équipe. Il est attendu du centre que la composition de l'équipe active au 1^{er} juillet 2022 dans le cadre du centre réponde à toutes les conditions fixées par la présente convention.

Dans le cas où, sur base des dispositions du présent paragraphe et sur base des documents fournis par le centre dans ce contexte, il apparaît que le centre n'a pas suivi, durant la période du 2 juillet 2021 au 1^{er} juillet 2022 au moins 100 bénéficiaires au minimum comme visé au présent paragraphe et/ou que le centre ne respecte pas l'encadrement requis en vertu de la présente convention, la convention ne sera pas prolongée au-delà de sa durée de validité.

X PERIODE DE VALIDITE DE LA PRESENTE CONVENTION

Article 34 § 1 La présente convention, faite en deux exemplaires et dûment signée par les deux parties, sort ses effets à la date du 01.10.2020.

§ 2 Elle est valable jusqu'au 31.12.2022 ; toutefois, chacune des parties peut à tout moment la dénoncer par lettre recommandée à la poste adressée à l'autre partie. Les effets de la convention expirent à l'issue d'un délai de préavis de trois mois prenant cours le premier jour du mois qui suit la date de l'envoi de la lettre recommandée.

§ 3 L'annexe à la présente convention fait partie intégrante de celle-ci mais ne change rien à ses dispositions proprement dites. Il s'agit de l'annexe suivante :

- Annexe : Calculs du coût des séances

Fait à Bruxelles, le 8 décembre 2020 et signé électroniquement par :

Pour le Centre Hospitalier Universitaire de Liège, pour son centre d'accompagnement de la transidentité,

Pour le Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité

(nom + signature)

Le Fonctionnaire Dirigeant,

Brieuc VAN DAMME
Directeur-général des soins de santé

CONVENTION AVEC LES CENTRES D'ACCOMPAGNEMENT DE LA TRANSIDENTITE

Annexe : calculs du coût des séances

1. Données de base

Tableau 1	
Actualisation	01.01.2017
Indice pivot	101,02
Ancienneté	10 ans
Heures/jour	7,6
Jours de travail/an*	215
Heures de travail/an/ETP	1.634

Tableau 2		WE	férié	congrés	absence	non-travaillé	travaillé
*jours de travail/an	365	104	12	24	10	150	215
	100%					41%	59%

Tableau 3	coût annuel	coût horaire*
Médecins	135.289,26	82,80
Masters	69.234,80	42,37
Bacheliers	56.366,83	34,50
Secrétaire	44.221,38	27,06

* coût horaire = coût annuel / 1.634

2. Coût de la séance individuelle

Les masters (psychologues, sexologues et orthopédagogues cliniciens) et les bacheliers (travailleurs sociaux) réalisent les séances face au bénéficiaire. Leur temps de travail total face au bénéficiaire est de 60 minutes (durée de la séance individuelle). Les masters interviennent, en moyenne, pour 88% du temps et les bacheliers pour 12% du temps. Le temps de travail hors bénéficiaire est fixé à 40% de leur temps de travail total.

Le temps de travail des médecins face au bénéficiaire est financé par l'intermédiaire de la nomenclature des prestations de santé. Leur temps de travail hors bénéficiaire est financé par l'intermédiaire des séances. Il est ajouté au calcul du coût des séances individuelles.

Le temps de travail de la secrétaire est également financé par l'intermédiaire des séances.

Le tableau suivant détaille le calcul des frais de personnel couverts par la séance individuelle, selon ces principes :

Tableau 4	Temps de travail en minutes par séance individuelle d'une heure			Coût en euros
	avec le bénéficiaire	sans le bénéficiaire	total	
Médecins		7,00	7,00	9,66
Masters	53,00	35,33	88,33	62,38
Bacheliers	7,00	4,67	11,67	6,71
Secrétaire		15,00	15,00	6,77
	60,00	62,00	122,00	85,51

On considère que les frais de personnel représentent 90% des frais totaux et les frais généraux en représentent 10%. On considère enfin que 95% des frais totaux sont indexables.

Tableau 5	frais de personnel	frais généraux	total	indexable	non- indexable
Coût d'une séance individuelle	85,51	9,50	95,01*	90,26	4,75

* Prix calculé à l'indice pivot 103,04 (base 2013) des prix à la consommation

Le prix calculé à l'indice pivot 107,20 (mars 2020 – base 2013) des prix à la consommation correspond à 100,53 €. Ce prix est repris dans le tableau de l'article 17, § 1^{er} de la présente convention.

3. Coût de la séance familiale

Le coût de la séance familiale correspond à 1,5 fois le coût de la séance individuelle. Ce coût s'élève à 150,795 € (= 100,53 * 1,5).

Tableau 6	Total en euros	indexable	non-indexable
Coût d'une séance familiale	150,795*	143,67	7,125

* Prix calculé à l'indice pivot 107,20 (mars 2020 – base 2013) des prix à la consommation.

Les masters (psychologues, sexologues et orthopédagogues cliniciens) et les bacheliers (travailleurs sociaux) réalisent les séances familiales face au bénéficiaire et un ou plusieurs de ses proches. Leur temps de travail total face au bénéficiaire et un ou plusieurs de ses proches est de 90 minutes (durée de la séance familiale). Les masters interviennent, en moyenne, pour 88% du temps et les bacheliers pour 12% du temps. Le temps de travail hors bénéficiaire est fixé à 40% de leur temps de travail total.

Le temps de travail des médecins face au bénéficiaire est financé par l'intermédiaire de la nomenclature des prestations de santé. Leur temps de travail hors bénéficiaire est financé par l'intermédiaire des séances. Il est ajouté au calcul du coût des séances familiales.

Le temps de travail de la secrétaire est également financé par l'intermédiaire des séances.

4. Coût de la séance de groupe

Le coût de la séance de groupe correspond à 2 fois le coût de la séance individuelle divisé par le nombre moyen de bénéficiaires qui doit constituer le groupe. Ce coût s'élève à 33,51 € (= 100,53 * 2 / 6).

Tableau 7	Total en euros	indexable	non-indexable
Coût d'une séance de groupe	33,51*	31,927	1,583

*Prix calculé à l'indice pivot 107,20 (mars 2020 – base 2013) des prix à la consommation. Il s'agit du prix par bénéficiaire qui assiste à la séance de groupe.

Les masters (psychologues, sexologues et orthopédagogues cliniciens) réalisent les séances de groupe face à un maximum de 10 bénéficiaires par séance. Leur temps de travail total face aux bénéficiaires est de 120 minutes (durée de la séance de groupe). Le temps de travail hors bénéficiaire est fixé à 40% de leur temps de travail total.

Le temps de travail des médecins face au bénéficiaire est financé par l'intermédiaire de la nomenclature des prestations de santé. Leur temps de travail hors bénéficiaire est financé par l'intermédiaire des séances. Il est ajouté au calcul du coût des séances de groupe.

Le temps de travail de la secrétaire est également financé par l'intermédiaire des séances.

5. Nombre de séances par ETP de personnel thérapeutique (masters et bacheliers)

Un ETP correspond à 1.634 heures de travail effectif par an (point 1).

Une séance individuelle de 60 minutes occupe les masters et bacheliers durant 100 minutes, en raison de la prise en compte du travail effectué hors de la présence du bénéficiaire (point 2 – case en grisé dans le tableau 4).

Pour 1 ETP de personnel thérapeutique, le centre sait donc réaliser 980 séances individuelles (1.634/1,6667) par an.

Le centre saurait éventuellement réaliser un peu plus de séances individuelles, s'il pouvait réduire son temps de travail hors de la présence des bénéficiaires. Il pourrait ainsi répondre à une demande plus forte et anticiper une augmentation de capacité liée à un accroissement de son équipe. Pour prendre en compte cette possibilité, on ajoute 5% au nombre maximum de séances individuelles qui passe ainsi à 1.029 par an. La capacité maximum de facturation annuelle fixée à l'article 20 reste cependant inchangée ; les 5% de marge n'y sont pas ajoutés.

Le nombre maximum de séances individuelles par ETP de personnel thérapeutique, par an est donc donné par la formule :

$$n. \text{ max. séances individuelles} = (n \text{ ETP} \times 1.634 / 1,6667) + (n \text{ ETP} \times 1.634 / 1,6667 \times 0,05)$$

Cette formule donne les résultats suivants, pour des nombres d'ETP choisis par commodité :

ETP thérapeutique	nombre maximum de séances individuelles / an
1,00	1.029
2,00	2.059

3,00	3.088
3,62	3.723

**RAPPORT MEDICAL
DEMONTRANT QUE LE BENEFICIAIRE REpond AUX CONDITIONS D'INTERVENTION
DANS LE COÛT DU PROGRAMME D'ACCOMPAGNEMENT MULTIDISCIPLINAIRE
DE LA TRANSIDENTITE**

À annexer au formulaire de demande d'intervention dans le coût de prestations de rééducation fonctionnelle

I. DONNEES ADMINISTRATIVES

1.1 Identification du bénéficiaire

(Apposer une vignette.)

1.2 Identification du centre conventionné

Numéro d'identification : 7.76.2 Nom et adresse :

.....

Nom et numéro de téléphone de la personne de contact :

.....

II. DONNEES MEDICALES

Le médecin soussigné déclare que le patient¹ :

- demande une aide psychosociale et/ou médicale concernant son identité ou son expression de genre,
- présente des symptômes d'une dysphorie de genre ou en a reçu le diagnostic, selon la définition du DSM-5 (codes 302.6 [enfants], 302.85 [adolescents et adultes]), ou éventuellement de la CIM-11, ou d'une édition ultérieure de ces classifications.

La présente demande concerne¹:

- une **première prescription** de séances (individuelles, familiales ou de groupe) et d'entretiens éventuels

Date de la première séance individuelle :/...../.....

Période d'intervention demandée (max. 36 mois) : du/...../.....² au/...../.....inclus.

- une demande de **prolongation** de l'intervention dans les coûts des séances et des entretiens éventuels :

Pour ce bénéficiaire :

-³ séances individuelles ont déjà été réalisées **avant** son 16^e anniversaire
-³ séances individuelles ont déjà été réalisées **depuis** son 16^e anniversaire
-³ séances familiales ont déjà été réalisées **avant** son 16^e anniversaire
-³ séances familiales ont déjà été réalisées **depuis** son 16^e anniversaire
-³ séances de groupe ont déjà été réalisées **avant** son 16^e anniversaire
-³ séances de groupe ont déjà été réalisées **depuis** son 16^e anniversaire
-⁴ entretiens ont déjà été réalisés

Période d'intervention demandée (max. 36 mois) : du/...../..... au/...../.....inclus.

- une **première prescription** pour le **forfait médicaments** : le forfait médicaments ne peut être demandé que

¹ Cochez la ou les cases adéquates.

² La date de début de la période d'intervention doit correspondre à la date durant laquelle la première séance individuelle a été réalisée.

³ Mentionnez le nombre de séances qui ont déjà été réalisées pour le bénéficiaire durant la / les périodes précédemment accordée(s).

⁴ Mentionnez le nombre d'entretiens qui ont déjà été réalisés pour le bénéficiaire durant la / les périodes précédemment accordée(s).

si au moins une séance individuelle remboursable a déjà été dispensée au bénéficiaire et si le bénéficiaire doit effectivement être traité avec des analogues de la gonadoréline. Le forfait médicaments ne doit être demandé qu'une seule fois. La période de prise en charge pour le forfait médicaments court à partir de la date de début du traitement par analogues de la gonadoréline, au plus tard jusqu'à la veille du 21^e anniversaire du bénéficiaire. Pendant la période accordée, le forfait médicaments peut être facturé pour chaque période de 3 mois au cours de laquelle le bénéficiaire reçoit effectivement un traitement par analogues de la gonadoréline. La dernière période de 3 mois doit s'achever au plus tard la veille du 21^e anniversaire du bénéficiaire.

Date de la séance individuelle la plus récente :/...../.....

Date de début du traitement aux analogues de la gonadoréline :/...../.....

Le médecin responsable du Centre conventionné : nom, signature et date

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

III. DECISION DU MEDECIN-CONSEIL

Date de réception de la présente demande :/...../.....

Décision du médecin-conseil¹ :

Favorable pour

les séances (séances individuelles, séances familiales et séances de groupe) et entretiens

les forfaits médicaments

Défavorable pour

les séances (séances individuelles, séances familiales et séances de groupe) et entretiens

les forfaits médicaments

parce que :

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

Autre :

.....
.....

Identification et signature du médecin-conseil et date de la décision :

.....
.....

¹ Cochez la ou les cases adéquates.