

I.N.A.M.I.

Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité

Soins de Santé

Circulaire OA n° 2019/159 du 10 mai 2019	1740/232 191/17	1741/485 3033/15	1743/65
En vigueur à partir du 1 avril 2019			

Nouvelle convention pour les projets de soutien aux personnes âgées ayant des besoins complexes de soins et d'aide (Protocole 3).

Une nouvelle convention entre le Comité de l'Assurance soins de santé de l'INAMI et des projets de soutien aux personnes ayant des besoins complexes de soins et d'aide entre en vigueur le 1^{er} avril 2019. Le texte de cette convention est repris en annexe I.

Sur quoi porte cette convention ?

Cette convention permet de financer certaines prestations dans le domaine de soins et de soutien aux soins destinés à des personnes âgées fragiles.

Les prestations couvertes par cette convention visent à permettre à certains bénéficiaires de vivre plus longtemps à domicile ou au domicile d'un proche, hors d'un milieu institutionnel.

L'article 1 de la convention définit son **groupe cible**. Il s'agit de personnes âgées (≥ 60 ans) qui présentent un niveau défini de dépendance dans les activités de leur vie quotidienne et qui répondent à des conditions spécifiques, en fonction du type de prestations souhaités : le case management (de basse ou haute intensité), le suivi ergothérapeutique, ou le suivi psychologique.

L'article 2 définit les objectifs des prestations, en termes d'autonomie, de qualité de vie, de dispensation de soins adéquats et de prévention des situations de crise.

La **forme** et la **dispensation des prestations** sont définies aux articles 3 à 10. Les prestations consistent en un « module initial » et des « séances » (soins en présence du bénéficiaire) et en des « prestations de support » (ensemble des actes prestés en l'absence du bénéficiaire). Les séances et prestations de support sont facturables par unité de 30 minutes, avec un minimum et un maximum journalier pour les séances (de 2 à 4 fois 30 minutes). Les séances sont individuelles et dispensées au domicile du bénéficiaire (avec une exception en cas de court séjour ou à la sortie de l'hôpital).

Les prestations sont réalisées au cours de périodes d'une durée maximum de 6 mois, par type de prestations (**case management, suivi ergothérapeutique ou suivi psychologique**), exceptionnellement renouvelables une fois, en cas de nouvel événement le justifiant.

L'article 10 fixe le nombre maximum moyen de prestations (d'1/2 heure) facturables, par bénéficiaire et par période de 6 mois, ainsi que la proportion minimum d'unités consacrées à des séances (en présence du bénéficiaire et/ou de son aidant). Les déplacements ne sont pas facturables séparément, mais sont inclus dans le coût des séances.

À l'article 8, le processus est déterminé pour décider si un patient est éligible pour une intervention. Les articles 11 à 14 définissent le contenu des prestations et le rôle des intervenants.

L'article 11 fournit une description claire de ce que l'on entend dans cette convention par "coordination des soins".

Le rôle du case manager est défini à l'article 12. Le case manager qui est nommé est soit un médecin généraliste, une infirmière ou un assistant social.

Les rôles de l'ergothérapeute et du psychologue, dans le cadre de la convention, sont définis aux articles 13 et 14.

La convention précise les conditions auxquelles doivent satisfaire les personnes qui remplissent les fonctions dont tout projet doit disposer et le temps de travail minimum par personne et par fonction (1/2 ETP), dans le cadre de cette convention (art. 15 à 18).

Les **montants d'intervention de l'assurance** par prestation sont définis à l'article 21. L'article 22 fixe, par projet, le **maximum de prestations facturables**.

L'article 24 prévoit une **facture mensuelle** destinée à l'organisme assureur du bénéficiaire. Les suppléments aux frais du patient ne sont pas possibles.

L'article 26 prévoit des **règles de cumul** avec des soins similaires dispensés par ailleurs à des patients susceptibles d'appartenir au groupe cible de la convention, ou avec des soins qui impliquent l'institutionnalisation du bénéficiaire.

L'article 29 prévoit l'obligation de fournir des informations à l'INAMI dans le cadre du suivi des projets.

Pseudocodes à utiliser pour la facturation des prestations + montants du 01/04/2019 au 31/12/2019
--

Prestation	Pseudocode			Montant (euros)
	Séance	Séance (patient hospitalisé)	Support	
Module initial	794474			121,80
Case management basse intensité – médecin généraliste	794496	794500	794511	23,30
Case management basse intensité – infirmier	794533	794544	794555	23,30
Case management basse intensité – assistant social	794570	794581	794592	23,30
Case management haute intensité – médecin généraliste	794614	794625	794636	23,30
Case management haute intensité – infirmier	794651	794662	794673	23,30
Case management haute intensité – assistant social	794695	794706	794710	23,30
Suivi ergothérapeutique	794732	-	794754	23,30
Suivi psychologique	794776	-	794791	28,59

Ces montants sont indexés, chaque année, à partir du 1^{er} janvier 2020, conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 8 décembre 1997 fixant les modalités d'application pour l'indexation des prestations dans le régime de l'assurance obligatoire soins de santé à condition que le Conseil général de l'INAMI ait prévu ces moyens.

Modalités de paiement

L'organisme assureur s'engage à payer les interventions directement au projet. A cet effet, l'institution établit, par bénéficiaire et par mois civil, une note de frais individuelle conformément au modèle (papier) fixé par le Comité de l'Assurance. A la note de frais individuelle* est jointe une note de frais récapitulative* dont le modèle est également fixé par le Comité de l'Assurance susmentionné.

Le montant des notes de frais qui sont soumises aux organismes assureurs, est dû dès leur réception, sous réserve de rectifications ultérieures.

Pour autant que la facture mensuelle au siège national de l'organisme assureur soit introduite au plus tard le dernier jour du premier mois suivant le mois auquel elle se rapporte, l'organisme assureur verse au projet une somme qui est égale au total du montant de la facture mensuelle.

L'organisme assureur en effectue le paiement au plus tard le 15^{ème} jour du troisième mois suivant celui auquel la facture se rapporte.

Les projets ont l'obligation de communiquer à l'Inami certaines données. Si ces données ne sont pas communiquées dans les délais prévus par la convention, les paiements par les organismes assureurs pourront être suspendus tant que cette obligation n'aura pas été satisfaite par le projet.

* voir modèles en annexe II

Prestations complémentaires

L'ensemble des projets ayant signé la convention proposent les 3 prestations de base. Certains projets offriront en outre des prestations complémentaires qui seront ajoutées via un avenant à la convention. La description de ces prestations, les conditions de remboursement, pseudocodes et montants seront communiqués via une circulaire ultérieure.

Liste des projets

Liste en annexe III.

Le Fonctionnaire Dirigeant,

A. Ghilain
Directeur général a.i.

Annexes :

[Annexe I - Convention P3](#)

[Annexe II - Modèle facture](#)

[Annexe III Protocole3 Liste des projets](#)

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 «ADMINISTRATIEVE_COORD», POUR LE PROJET DE SOUTIEN AUX PERSONNES AYANT DES BESOINS COMPLEXES DE SOINS ET D'AIDE «PROJ_NAAM», à «STAD»

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

Vu l'arrêté royal du 2 juillet 2009 fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'Assurance peut conclure des conventions en application de l'article 56, § 2, alinéa 1er, 3°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, pour le financement de soins alternatifs et de soutien aux soins à des personnes âgées fragiles

Vu l'arrêté royal du 17 août 2013 fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance de l'Institut national d'Assurance Maladie Invalidité peut conclure des conventions pour le financement de soins alternatifs et de soutien aux soins, multidisciplinaires et intégrés, à des personnes âgées fragiles

Sur proposition des Commissions de conventions infirmiers – organismes assureurs et MRS/MRPA – organismes assureurs,

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/la «ADMINISTRATIEVE_COORD», pour le projet de soutien aux personnes ayant des besoins complexes de soins et d'aide «PROJ_NAAM», à «ADRESS», «CP» «STAD».

1. PRÉAMBULE

La présente convention détermine les modalités d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût de prestations de soutien aux personnes ayant des besoins complexes de soins. L'intervention de l'assurance est accordée pour des prestations qui sont dispensées à des personnes, nommées bénéficiaires de la convention, ayant perdu leur autonomie, en raison d'affections chroniques nécessitant des soins complexes qui ne sont remboursés d'aucune autre manière par l'assurance obligatoire soins de santé, et qui sont nécessaires notamment pour augmenter la qualité de vie de la personne, pour permettre la dispensation en temps opportun de soins adéquats et de bonne qualité, en utilisant au mieux

les ressources disponibles, et pour postposer ou éviter, autant que possible, la nécessité d'héberger la personne dans une maison de repos pour personnes âgées ou une maison de repos et de soins.

Cette convention est uniquement conclue avec les institutions / services ayant signé une convention avec le Comité de l'assurance, qui est toujours applicable au 31 décembre 2018, en application des arrêtés royaux du 2 juillet 2009 et du 17 août 2013 susmentionnés.

Les prestations prévues par cette convention font partie du programme global de soins dispensé au bénéficiaire et à son aidant¹ par l'ensemble du réseau de soins constitué autour d'eux.

Dans la présente convention, le terme « *soin* » désigne tout type de soins, d'aides et de services qui s'adressent aux personnes âgées en perte d'autonomie, sauf en cas de limitation explicite aux soins médicaux. Le terme "Équipe de soins" est défini comme tout prestataire individuel d'aide et de soins participant activement aux soins et à l'aide d'un bénéficiaire.

2. Table des matières

TABLE DES MATIÈRES

1. PRÉAMBULE	1
2. Table des matières	2
3. BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS	3
4. OBJECTIFS DES PRESTATIONS	4
5. NATURE DES PRESTATIONS	4
5.1. Définition des prestations	4
5.2. Dispensation des prestations	6
5.2.1. Dispositions générales – période de dispensation des prestations	6
5.2.2. Nombres de prestations remboursables	7
5.2.3. Dispositions relatives à la « coordination de soins » et au « case manager »	9
5.2.4. Dispositions relatives au « suivi ergothérapeutique »	10
5.2.5. Dispositions relatives au « suivi psychologique »	11
6. FONCTIONS FINANCÉES PAR LA CONVENTION	11
7. INTERVENTION DE L'ASSURANCE DANS LE COÛT DES PRESTATIONS	13
7.1. Principes	13
7.2. Montants d'intervention de l'assurance	13
7.3. Nombres maximums de prestations remboursables	14
7.4. Modalités de facturation des prestations	14
7.5. Règles de cumul	14
8. GESTION DES DONNÉES ET PROCÉDURE D'ÉVALUATION	15
8.1. Dossier patient individuel	15
8.2. Informations relatives à l'application de la convention	16
8.2.1. Informations destinées aux bénéficiaires	16
8.2.2. Informations destinées à l'INAMI et aux organismes assureurs	16
8.3. Procédure d'évaluation	17
9. DISPOSITIONS ADMINISTRATIVES GÉNÉRALES	17
10. VALIDITÉ DE LA CONVENTION	17

¹ On entend par « aidant », l'« aidant proche » ou l'« aidant informel » du bénéficiaire.

3. BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS

Article 1. Tout bénéficiaire au sens de la présente convention est un bénéficiaire de l'assurance soins de santé qui remplit les conditions^{2,3} suivantes, à la date de début de la période de réalisation des prestations :

1. Il remplit les 2 conditions générales suivantes :
 - 1.1. Il a au moins atteint l'âge de 60 ans.
 - 1.2. Il obtient un score AIVQ ≥ 3 .

2. Il remplit les conditions spécifiques suivantes, selon le type de prestations et le niveau d'intensité :
 - 2.1. *Case management de basse intensité.* Les deux conditions suivantes sont remplies :
 - 2.1.1. L'organisation des soins destinés au bénéficiaire est peu efficace, parce que le bénéficiaire et son aidant ne sont pas en mesure de se représenter eux-mêmes de manière optimale (en raison d'une perte d'autonomie décisionnelle, de la complexité des soins requis, ou de difficultés au sein du réseau de soins) et parce que la fonction de coordination de soins et d'aide (article 11) n'est temporairement pas remplie.
 - 2.1.2. Le bénéficiaire présente une maladie neurodégénérative et/ou des limitations des aptitudes globales caractérisées par un score AVQ ≥ 3 et/ou un score CPS ≥ 3 .

 - 2.2. *Case management de haute intensité.* Le bénéficiaire remplit les deux conditions suivantes :
 - 2.2.1. Il répond aux conditions du case management de basse intensité (2.1).
 - 2.2.2. Il satisfait à au moins un des critères de sévérité suivants :
 - 2.2.2.1. Il a été hospitalisé au moins 2 jours successifs au cours des 2 semaines qui précèdent la date de début de la période.
 - 2.2.2.2. Il refuse des soins qui lui sont prescrits et qui sont nécessaires à la préservation de son intégrité physique et/ou mentale.
 - 2.2.2.3. Son aidant n'est temporairement pas en mesure d'apporter l'aide habituelle (en raison d'une absence temporaire, d'une maladie, d'une hospitalisation...)
 - 2.2.2.4. Il obtient un score MAPLe ≥ 4 .
 - 2.2.2.5. Il obtient un score CHESS ≥ 3 .

 - 2.3. *Suivi ergothérapeutique.* Le bénéficiaire remplit au moins une des deux conditions suivantes :
 - 2.3.1. Il présente un risque accru de chute, objectivé par au moins une chute durant les 30 derniers jours⁴.

² Dans l'énoncé de ces conditions, les acronymes renvoient aux échelles suivantes du BelRAI Screener et du BelRAI HC :

- AIVQ : échelle G1 – Performance et capacité pour les activités instrumentales de la vie quotidienne.
- AVQ : échelle G2 – Performance pour les activités de la vie quotidienne.
- CPS [cognitive performance scale] : module 3, échelles M3.1 à M3.4 – Troubles cognitifs.
- MAPLe : Method for Assigning Priority Levels.
- CHESS : Changes in Health, End-stage disease and Symptoms and Signs Scale.

³ Les arbres de décision, fournis à titre d'illustration à l'[annexe 1](#), aident à vérifier ces conditions.

⁴ Voir le BelRAI HC, section J, question 2, pour la définition de cet item.

2.3.2. Son domicile ou son lieu de séjour doit être adapté pour augmenter son autonomie et sa sécurité, et il a la capacité et le souhait d'y séjourner pendant au moins 6 mois, à compter du début de la période.

2.4. *Suivi psychologique.* Le bénéficiaire remplit au moins une des deux conditions suivantes :

- 2.4.1. Lui ou son aidant demande à bénéficier d'un suivi psychologique.
- 2.4.2. Il refuse des soins qui lui sont prescrits et qui sont nécessaires à la préservation de son intégrité physique et/ou mentale.

4. OBJECTIFS DES PRESTATIONS

Article 2. Les prestations dispensées à un bénéficiaire en application de la présente convention visent les objectifs suivants :

1. Augmenter ou stabiliser son autonomie, ou en ralentir la perte.
2. Augmenter ou stabiliser sa qualité de vie et celle de son aidant, ou en ralentir la perte.
3. Garantir la dispensation en temps opportun de tous les soins utiles.
4. Eviter les recours inadéquat aux soins de santé (soins infirmiers, médecine de garde, urgences ou hospitalisations évitables...)
5. Prévenir les situations de crise.

Elles permettent ainsi à certains bénéficiaires de vivre plus longtemps à domicile ou au domicile d'un proche, hors d'un milieu institutionnel tel qu'un établissement de soins de santé ou une maison de repos...

Pour un bénéficiaire dont l'institutionnalisation définitive devient nécessaire au cours d'une période de dispensation des prestations, celles-ci peuvent avoir pour objectif de préparer cette institutionnalisation, en concertation avec l'aidant du bénéficiaire et les intervenants du réseau.

5. NATURE DES PRESTATIONS

5.1. Définition des prestations

Article 3. Les prestations prévues par la présente convention sont réparties, selon leur type

- en *module initial*,
- *case management*,
- *ergothérapie*, et
- *suivi psychologique*.

Pour ces 3 derniers types, elles sont réparties, selon la nature des actes prestés,

- en *séances* (actes réalisés en présence du bénéficiaire et/ou de son aidant) et
- en *support* (actes réalisés en leur absence).

Tableau 1 : Prestations de la convention

Module initial		
	En présence du bénéficiaire et/ou de son aidant	En l'absence du bénéficiaire et de son aidant
Case management	Séance de case management	Support du case management
Ergothérapie	Séance d'ergothérapie	Support de l'ergothérapie
Suivi psychologique	Séance de suivi psychologique	Support du suivi psychologique

Article 4. Le module initial est facturable, si la personne répond aux conditions de remboursement de l'intervention casemanagement, de l'ergothérapie et / ou du suivi psychologique décrites à l'article 1 et si les actions suivantes ont été menées.

Actions au sein du module initial :

- Le recueil de l'information pertinente auprès du bénéficiaire, de son aidant, de ses dispensateurs de soins, des éventuels coordinateur de soins et référent hospitalier..., en ce compris les preuves qu'il répond à la définition des bénéficiaires pour les prestations souhaitées, ainsi que l'information issue du dossier patient et des outils informatiques appropriés, tels que les formulaires et échelles de toutes les sections du BelRAI HC, et l'information contenue dans le ou les plans de soins préalablement établis.
- Les actes préparatoires à la réalisation des prestations prévues par la convention, en faveur d'un bénéficiaire répondant aux conditions de l'article 1.
- L'explication et le remplissage du formulaire de consentement éclairé, par lequel le bénéficiaire et son aidant donnent leur accord pour l'utilisation de leurs données personnelles anonymisées, dans la procédure d'évaluation visée au point 8.3. Les prestations prévues par la présente convention ne peuvent donner lieu à une intervention de l'assurance que si le bénéficiaire et le cas échéant son aidant donnent leur accord et complètent le formulaire de consentement éclairé.

Article 5. Les activités réalisées en présence du bénéficiaire et/ou de son aidant sont nommées *séances de case management*, *séances d'ergothérapie*, et *séances de suivi psychologique*.

Elles sont réalisables et facturables par unité de 30 minutes, avec un minimum de 2 unités et un maximum de 4 unités au cours de la même journée, de sorte qu'une séance dure une heure, une heure et demie, ou deux heures, et compte pour 2, 3 ou 4 unités de facturation.

Chaque séance exige la présence, pendant toute sa durée, d'au moins un intervenant visé à l'article 15, face à un seul bénéficiaire et/ou à son aidant. La séance n'est jamais dispensée sous la forme de séances de groupe, à plusieurs bénéficiaires ou aux proches de plusieurs bénéficiaires simultanément.

La séance se déroule au domicile du bénéficiaire ou au domicile de l'aidant ou d'un proche. Par exception, une seule séance de case management par période (article 9) peut se dérouler dans l'hôpital où le bénéficiaire est hospitalisé, si les conditions prévues à l'article 26, point 6, sont remplies.

Article 6. Les activités réalisées en l'absence du bénéficiaire et de son aidant qui sont liées à la réalisation des séances sont nommées *support du case management, support de l'ergothérapie et support du suivi psychologique*.

Elles sont facturables par unité de 30 minutes.

Seuls les actes réalisés en faveur d'un bénéficiaire ou de son aidant et directement liés aux objectifs visés à l'article 2 peuvent être pris en compte dans une prestation de support. Des actes tels que la participation à des formations, à des conférences, à des réunions internes relatives à des matières administratives, logistiques ou organisationnelles... ne peuvent pas être facturés en tant que prestations distinctes ; ils sont pris en compte, de manière forfaitaire, dans les honoraires des prestations fixés à l'article 21. De même, les déplacements des intervenants ne peuvent pas être facturés en tant que prestations distinctes ; ils sont pris en compte, de manière forfaitaire, dans les honoraires des prestations fixés à l'article 21.

L'intervenant qui effectue un acte pris en compte dans une prestation de support mentionne dans le dossier patient son heure de début, son heure de fin et sa description. Pour tout contact avec une personne de l'équipe de soins, elle mentionne le nom, la fonction de cette personne et la nature du contact (rencontre, communication téléphonique, courrier électronique...) Le manquement à cette obligation peut donner lieu à la récupération de l'intervention de l'assurance dans les prestations non-conformes.

5.2. Dispensation des prestations

5.2.1. Dispositions générales – période de dispensation des prestations

Article 7. Les prestations prévues par la convention font partie intégrante du programme global de soins dispensé au bénéficiaire et à son aidant par l'ensemble de l'équipe de soins constituée autour d'eux. Elles forment, dans ce programme, un ensemble coordonné d'actes, réalisés en faveur d'un bénéficiaire (article 1) et de son aidant, qui sont appropriés à leur situation et qui sont nécessaires pour atteindre les objectifs définis à l'article 2. Ces actes sont dispensés sous la forme d'un module initial, de séances et de prestations de support (articles 3 à 6), par les intervenants visés à l'article 15, au cours de périodes de durée définie (article 9).

Si certaines de ces missions font partie des missions légales d'un service ou d'une institution, le projet remplit ces missions en concertation avec ce service ou cette institution. Si elles appartiennent déjà aux missions légales d'un service ou d'une institution et si ces missions ont déjà été financées dans ce cadre, les indemnités prévues dans le présent contrat ne sont pas dues (voir également l'article 20).

Article 8. § 1. La décision de dispenser des prestations à un bénéficiaire est un processus qui comporte toutes les étapes suivantes, dans un ordre adapté à la situation :

1. La demande ou l'accord du patient et/ou de son aidant.
2. L'identification du médecin généraliste du patient, considéré comme personne de référence dans l'organisation de ses soins, en particulier de ses soins de santé. Si le patient n'a pas de médecin généraliste, le projet l'invite à en choisir un. En cas d'impossibilité ou de refus, un autre médecin qui suit régulièrement le patient remplit la fonction de médecin

généraliste, dans le cadre de la convention. Le projet explique les raisons de l'absence de médecin généraliste, dans le dossier patient (article 27).

3. L'organisation par le projet d'au moins une réunion multidisciplinaire entre les acteurs de l'équipe de soins constituée autour du patient, à laquelle sont toujours invités son médecin généraliste et son infirmier afin de pouvoir évaluer – en concertation avec l'équipe de soins – s'il existe une indication médicale ou infirmière qui nécessite de faire prendre en charge le case management par un médecin généraliste ou un infirmier (à domicile).
4. Suite à la concertation prévue ci-dessus, la prescription des prestations prévues dans cette convention par le médecin généraliste du patient, à l'exception du casemanagement.
5. La vérification par le médecin généraliste ou par le coordinateur de soins du projet :
 - du fait que le patient satisfait aux conditions fixées par la définition des bénéficiaires (article 1), pour les prestations envisagées (vérification au moyen du BEL-RAI screener, pour les conditions 1 et 2.1 à 2.3 de l'article 1),
 - du fait que les prestations répondent à un besoin et sont susceptibles de contribuer significativement à l'amélioration ou à la stabilisation de la situation du patient et/ou de son aidant.

§ 2. En cas d'inclusion du bénéficiaire dans le projet, les documents utilisés et produits au cours du processus d'admission sont ajoutés au dossier patient visé à l'article 27, en particulier la demande ou l'accord du patient et/ou de son aidant, la prescription du médecin généraliste et, en l'absence de médecin généraliste, l'explication de cette absence.

Article 9. La période au cours de laquelle un type de prestations facturables peut être réalisés en faveur d'un bénéficiaire dure un maximum de 6 mois. Elle débute à la date de la 1^{ère} prestation facturable réalisée au cours de cette période, en faveur de ce bénéficiaire (« date de la prestation » mentionnée sur la facture à l'organisme assureur du bénéficiaire).

Une seule période peut être réalisée, par type de prestation, en faveur d'un même bénéficiaire. Cependant, à titre d'exception, le bénéficiaire peut obtenir une deuxième période de 6 mois, après concertation entre les prestataires de l'équipe de soins, telle que prévue à l'article 8, point 3, s'il remplit encore les conditions d'admission (article 1) et si un nouvel événement (exemple : après une hospitalisation, après une chute avec complications, l'aidant proche qui ne peut plus remplir son rôle, ...) justifie la fixation d'une 2^e période pour le type de prestations considéré. Au cours d'une année civile, le nombre de bénéficiaires qui obtient une 2^e période de 6 mois ne dépasse pas 30% du nombre total de bénéficiaires ayant entamé une 1^{ère} période. Les prestations réalisées au-delà de cette limite ne sont pas facturables (voir module de calcul annexé à la convention).

Une 2^e période de 6 mois ne peut pas être entamée tant que la date de fin de la période précédente n'est pas dépassée. La deuxième période ne doit pas nécessairement suivre immédiatement la première période. À une date déterminée, une seule période peut être ouverte en faveur d'un même bénéficiaire pour le même type de prestations (case management, suivi ergothérapeutique, ou suivi psychologique). Des périodes ne peuvent être ouvertes simultanément que si elles couvrent des prestations de types différents

5.2.2. Nombres de prestations remboursables

Article 10. § 1. Un bénéficiaire peut recevoir une intervention de l'assurance dans un seul module initial (article 4), même s'il reçoit plusieurs types de prestations, au cours de plusieurs périodes, si elles sont dispensées par plusieurs projets conventionnés.

§ 2. Pour les autres prestations, les nombres moyens maximums d'unités de facturation (d'une demi-heure – article 5) remboursables par bénéficiaire au cours d'une période (article 9) dépendent des conditions auxquelles le bénéficiaire répond. Les modalités de calcul des moyennes sont définies à l'annexe 2.

1. Conditions du *case management de basse intensité* (article 1, point 2.1) :
Par période de 6 mois, une moyenne maximale de 41 unités de facturation dont au moins 60% consacrées à des séances.
2. Conditions du *case management de haute intensité* (article 1, point 2.2) :
Par période de 6 mois, une moyenne maximale de 66 unités de facturation dont au moins 60% consacrées à des séances.

Si le bénéficiaire obtient une période de suivi psychologique qui coïncide pendant au moins 3 mois avec la période de case management, les moyennes sont ramenées à celles du case management de basse intensité.

3. Conditions de la composante *suivi ergothérapeutique* (article 1, point 2.3) :
Par période de 6 mois, une moyenne maximale de 17 unités de facturation dont au moins 70% consacrées à des séances.

Si le bénéficiaire obtient une période de case management qui coïncide pendant au moins 3 mois avec la période de suivi ergothérapeutique, la moyenne maximale du suivi ergothérapeutique est ramenée à 12 unités de facturation dont au moins 70% consacrées à des séances.

4. Conditions de la composante *suivi psychologique* (article 1, point 2.4) :
Pour la période de 6 mois, une moyenne maximale de 51 unités de facturation dont au moins 70% consacrées à des séances.

Si le bénéficiaire a besoin d'un plus grand nombre de séances, après une éventuelle 2^e période, le projet le réoriente vers une forme de traitement ou de suivi plus adapté (psychiatre, psychologue clinicien extérieur, centre de santé mentale, équipe mobile...)

Tableau 2 : Nombres d'unités de facturation par bénéficiaire et par période de 6 mois

	Nombre moyen maximum d'unités facturables	Proportion minimum d'unités consacrées à des séances
Case management basse intensité	41	60%
Case management haute intensité (sans suivi psy)	66	60%
Ergothérapie (<i>sans</i> case management)	17	70%
Ergothérapie (<i>avec</i> case management)	12	70%
Suivi psychologique	51	70%

§ 3. En cas de dépassement des nombres moyens maximums d'unités facturables, calculés selon les modalités définies à l'annexe 2, sur la base des rapports annuels que le projet fournit au RIZIV, le projet rembourse les prestations excédentaires à l'INAMI.

5.2.3. Dispositions relatives à la « coordination de soins » et au « case manager »

Article 11. La « *coordination de soins* » est définie comme un processus collaboratif tant des prestataires de soins que d'aides au niveau de l'évaluation, de planification, de coordination, et de conseil, visant à ce que les options et services rencontrent les besoins de soins de la personne et de son entourage, au travers de la communication et des ressources disponibles, afin de promouvoir des résultats qualitatifs et coût-efficaces.

Le processus de la coordination de soins est défini par l'ensemble des activités qui consistent à :

1. Établir, en faveur du bénéficiaire, les objectifs de soins et un plan de soins comprenant :
 - a) le bilan global de la situation du bénéficiaire et de ses aidants, d'un point de vue physique, psychologique, fonctionnel, social et matériel, moyennant les instruments existants (BelRAI) et en tenant compte des objectifs de vie du bénéficiaire,
 - b) l'inventaire des besoins en soins du bénéficiaire et des souhaits que lui-même et son aidant expriment à ce sujet,
 - c) le relevé des moyens qui permettent de répondre adéquatement à ces besoins et à ces souhaits,
 - d) le choix des prestataires qui fourniront les soins adéquats,
 - e) l'organisation pratique de ces soins.
2. Assurer que ce plan de soins soit exécuté, coordonner les soins pour garantir leur dispensation, leur continuité, et leur bonne intégration dans la vie quotidienne du bénéficiaire et de son aidant.
3. Défendre les intérêts du bénéficiaire et de son aidant, dans toute situation relative aux soins qui le requiert.
4. Évaluer les résultats obtenus, adapter le plan de soins si nécessaire.

Article 12. § 1. La convention couvre les prestations spécifiques d'un case manager qui temporairement remplit les missions suivantes, auprès du bénéficiaire et de son aidant :

1. Il veille à ce qu'un bilan global de la situation soit établi, au début de la période d'intervention, et à ce que le BelRAI HC soit complété.
2. Il veille à ce que la fonction de coordination des soins telle que visée à l'article 11, soit exercée. Il peut s'en charger temporairement, jusqu'à ce que les prestataires compétents de l'équipe de soins la reprennent. Durant ce temps, il tient le rôle de conseil, de médiateur, de représentant des intérêts du bénéficiaire et de son aidant. Il est alors la personne de contact pour le bénéficiaire, son aidant et les autres composantes du réseau de soins. Cependant, toutes les décisions sont prises en concertation avec le bénéficiaire, l'aidant et les prestataires de l'équipe de soins.
3. Il informe le bénéficiaire et son aidant et les conseille afin de leur permettre de gérer eux-mêmes leurs soins, autant qu'il leur est possible.
4. Dans les limites de ses compétences légales, en concertation avec le médecin généraliste et avec l'équipe de soins, il veille à ce que le plan de soins soit établi et à ce qu'il s'inscrive au mieux dans la vie quotidienne du bénéficiaire. Si nécessaire, il peut se charger de coordonner le plan de soins, jusqu'au moment où les prestataires compétents de l'équipe de soins sont en mesure de reprendre cette mission.
5. Il anticipe ou identifie les situations de crise qui peuvent entraîner le recours à des soins évitables ; il met œuvre des mesures pour prévenir ou résoudre ces situations.

6. Il évalue les résultats, en concertation avec les autres dispensateurs du programme de soins, à la fin de chaque période d'intervention de maximum 6 mois, sur base du BelRAI HC et de tout autre instrument ou source d'évaluation pertinent.
7. Il documente ces résultats dans le dossier du bénéficiaire et les partage, en respectant le secret professionnel.
8. Il veille à ce que le plan de soins soit adapté en fonction de ces résultats.
9. Il prépare la fin de son intervention ; il clarifie les modalités de la coordination de soins après la fin de la période d'intervention.

§ 2. Le choix du case manager le plus approprié dépend des besoins du patient qui sont déterminés à l'occasion du processus qui est parcouru comme prévu à l'article 8. Le case manager est désigné en concertation entre les principaux prestataires de l'équipe de soins constituée autour du bénéficiaire, dont son médecin généraliste et son infirmier. Ces derniers vérifient l'adéquation entre les missions spécifiques du case manager auprès du bénéficiaire considéré et les qualifications du case manager choisi. L'exécution de ces missions doit en tous cas être conforme aux actes réglementaires d'un médecin généraliste, un praticien de l'art infirmier ou un assistant social. Si le médecin généraliste n'est pas en mesure d'assister à la concertation, le coordinateur de soins du projet lui adresse (si possible par l'intermédiaire de son eHealthBox), un document qui détaille les missions et la qualification du case manager choisi. Le médecin généraliste peut faire part de ses commentaires à l'équipe de soins et, si nécessaire, prendre l'initiative pour en discuter.

§ 3. Dans l'accomplissement de ses missions, le case manager respecte les principes suivants :

1. Il ne réalise aucun acte pour lequel il n'est pas qualifié, selon la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions de santé.
2. Il intervient de manière globale et intégrée. Il ne limite jamais son intervention à quelques aspects particuliers du suivi.
3. Il travaille en étroite concertation avec les intervenants du réseau de soins concernés, ainsi qu'avec la ou les personnes qui exercent ou ont récemment exercé des fonctions de la coordination de soins auprès du bénéficiaire.
4. Il fait preuve d'objectivité envers le bénéficiaire, son aidant et leurs proches (il ne prend pas parti dans les divergences d'opinion et les conflits éventuels...) et envers les prestataires (il s'abstient de prendre parti envers un prestataire ou une conception des soins...)

5.2.4. Dispositions relatives au « suivi ergothérapeutique »

Article 13. Dans le cadre de la convention, le suivi ergothérapeutique à domicile a pour objectifs principaux :

- de préserver l'autonomie du bénéficiaire (objectif de prévention),
- et/ou de lui permettre de recouvrer ou d'améliorer son autonomie et sa capacité à gérer ses soins, après un accident ou un trouble aigu (objectif de rééducation).

Auprès du bénéficiaire et de son aidant :

1. L'ergothérapeute commence par compléter le bilan des besoins et des demandes du bénéficiaire et de son aidant, pour tout ce qui relève de sa spécialité.
2. Il enseigne les gestes et les modalités de locomotion adaptés à la perte d'autonomie du bénéficiaire.
3. Il conseille les adaptations du lieu de vie. Il les met en œuvre ou supervise leur mise en œuvre. Il vérifie leur acceptation et leur maintien.

4. Il conseille et installe le matériel d'aide aux activités de base et aux activités instrumentales de la vie quotidienne. Il enseigne son usage.
5. Il prévient spécifiquement les chutes, par l'apprentissage de gestes et modalités de locomotion adaptés, par l'adaptation du lieu de vie et par l'usage du matériel d'aide.
6. Il stimule et soutient le bénéficiaire dans la réalisation de ses activités quotidiennes, pour améliorer ou préserver son autonomie et sa participation à la vie sociale.
7. Il contribue à la remédiation cognitive, par l'adaptation du lieu de vie et la mise en place de prothèses mnésiques adaptées au bénéficiaire.
8. Il contribue à détecter les besoins de soins non-couverts.
9. Il réévalue chaque fois que c'est nécessaire, la pertinence et l'adéquation du matériel et des adaptations du domicile, et toutes les interventions qui relèvent de sa compétence.

Envers l'équipe de soins:

1. L'ergothérapeute se concerta avec l'équipe de soins sur les actions ou l'informe sur les actions qu'il va menées auprès du bénéficiaire et de son aidant et sur les effets et les résultats attendus.
2. Il les forme à la pratique des gestes adaptés et à l'usage du matériel d'aide.

5.2.5. Dispositions relatives au « suivi psychologique »

Article 14. Dans le cadre de la convention, le suivi psychologique à domicile a pour principal objectif d'apporter une aide psychologique spécialisée au bénéficiaire et à son aidant :

1. Le psychologue clinicien commence par compléter le bilan des besoins et des demandes du bénéficiaire et de son aidant, pour tout ce qui relève de sa spécialité. Il peut intervenir, si les conditions précisées par la définition des bénéficiaires sont remplies, cependant, il s'abstient d'intervenir et il dirige le bénéficiaire ou son aidant vers un prestataire extérieur (psychologue clinicien, psychiatre, centre de santé mentale, médecin généraliste, ...) s'il constate que l'un ou l'autre présente des troubles mentaux qui, par leur nature ou leur sévérité, ne peuvent pas être traités dans le cadre des prestations prévues par la convention.
2. Le psychologue clinicien réalise des entretiens individuels à domicile. Il privilégie les pratiques fondées sur des preuves (evidence based practice) qui sont susceptibles d'apporter une amélioration rapide des symptômes, compte tenu, notamment, du nombre de séances remboursables et de l'âge du bénéficiaire.
3. Il peut écouter les plaintes, craintes et attentes du bénéficiaire et de son aidant, afin de leur apporter des conseils spécialisés.
4. Grâce à sa maîtrise de la psychoéducation et de la remédiation cognitive, il peut enseigner à chaque bénéficiaire les connaissances et les techniques utiles pour accomplir certains actes quotidiens, en utilisant ses aptitudes préservées.

6. FONCTIONS FINANÇÉES PAR LA CONVENTION

Article 15. Le projet dispose en permanence du personnel capable de remplir les 3 fonctions suivantes :

1. Case manager.
2. Ergothérapeute.
3. Psychologue clinicien.

Il peut employer lui-même ce personnel, sous statut de salarié ou d'indépendant, ou faire appel à du personnel extérieur.

Article 16. § 1. Les fonctions visées à l'article 15 sont remplies durant un minimum de 76 heures par semaine au total, pour l'ensemble des fonctions et des personnes qui les exercent.

§ 2. Afin de garantir son expérience professionnelle, pour chaque personne, le temps minimum d'exercice de sa fonction dans le cadre de la convention est de 19 heures par semaine.

Article 17. § 1. Chaque personne qui exerce la fonction de case manager remplit au moins les conditions suivantes :

- Elle remplit les conditions d'exercice d'une des professions suivantes : médecin généraliste, infirmier, ou assistant social et n'appartient pas à l'équipe de soins du bénéficiaire.
- Elle possède une expérience professionnelle suffisante au sein d'une équipe multidisciplinaire de soins qui traite en priorité des personnes âgées fragiles.
- Elle possède une connaissance approfondie du BelRAI HC, démontrée par un usage professionnel courant durant la période prise en compte dans son expérience professionnelle, ou par une formation consacrée au BelRAI. Elle est ainsi capable d'utiliser les résultats du BelRAI HC pour toutes ses missions liées à la présente convention.
- Elle possède une connaissance approfondie de l'organisation générale des soins, pour les groupes cibles de la convention, dans la région où elle pratique.
- Elle participe activement à des interventions avec d'autres case managers, afin d'accroître son expérience professionnelle.

§ 2. Au sein du projet, au moins 50% du cadre de case manager (exprimé en ETP ou en heures par semaine) est occupé par une ou plusieurs personnes qui remplissent les conditions légales d'exercice de la profession de médecin ou d'infirmier.

Article 18. Chaque personne qui exerce la fonction d'ergothérapeute ou de psychologue remplit au moins les conditions suivantes :

- Elles répondent aux conditions respectives d'exercice de leur profession.
- Elles possèdent une expérience professionnelle suffisante du travail avec des personnes âgées fragiles.

Article 19. § 1. Le projet tient à jour un relevé complet des intervenants qui remplissent les fonctions visées à l'article 15. Ce relevé indique à tout moment l'identité de chaque intervenant, sa fonction, ainsi que le temps qui va être consacré aux missions.

7. INTERVENTION DE L'ASSURANCE DANS LE COÛT DES PRESTATIONS

7.1. Principes

Article 20. § 1. L'intervention de l'assurance est due pour toute prestation qui respecte les conditions de la convention.

§ 2. L'intervention de l'assurance est un forfait qui couvre la totalité des frais engendrés par la réalisation de ces prestations. Si les prestations font partie des missions légales d'un service ou d'une institution et si ces missions sont financées dans ce cadre, les prestations prévues dans la présente convention ne sont pas dues.

7.2. Montants d'intervention de l'assurance

Article 21. Les montants de l'intervention de l'assurance dans le coût des prestations est établi sur base de l'annexe 3 à la présente convention. Ils sont fixés, par unité de facturation, à :

Tableau 3 : Montants d'intervention de l'assurance dans le coût des prestations, par unité de facturation

1. Module initial :	121,80 €
2. Case management ; suivi ergothérapeutique :	23,30 €
3. Suivi psychologique :	28,59 €

Ces montants sont indexés, chaque année, à partir du 1^{er} janvier 2020, conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 8 décembre 1997 fixant les modalités d'application pour l'indexation des prestations dans le régime de l'assurance obligatoire soins de santé à condition que le Conseil général de l'INAMI ait prévu ces moyens.

Le montant repris sous 1 est facturé en une fois et les montants repris sous 2 et 3 sont facturés par unité de facturation de 30 minutes, sous les numéros de pseudocodes suivants :

Tableau 4 : Pseudocodes à utiliser pour la facturation des prestations

Module initial	794474	
	Séance	Support
Case management basse intensité – médecin généraliste	794496	794511
Case management basse intensité – infirmier	794533	794555
Case management basse intensité – assistant social	794570	794592
Case management haute intensité – médecin généraliste	794614	794636
Case management haute intensité – infirmier	794651	794673
Case management haute intensité – assistant social	794695	794710
Suivi ergothérapeutique	794732	794754
Suivi psychologique	794776	794791

7.3. Nombres maximums de prestations remboursables

Article 22. Au cours d'une même année civile, le projet peut réaliser des prestations facturables jusqu'à un montant maximum de «BUDGET» €.

Ce montant est indexé comme mentionné à l'article 21.

L'année d'entrée en vigueur et l'année de cessation de vigueur de la présente convention, ce montant est adapté au prorata de la durée de validité de la convention au cours de cette année civile.

7.4. Modalités de facturation des prestations

Article 23. Le projet facture mensuellement le montant de l'intervention de l'assurance à l'organisme assureur du bénéficiaire. Le projet utilise le modèle de facture approuvé par le Comité de l'assurance de l'INAMI. Le paiement par l'organisme assureur est basé sur les modalités approuvées par le Comité de l'assurance.

Article 24. § 1. Le projet s'engage à rembourser toute intervention de l'assurance qu'il aurait 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.

Article 25. Le projet s'engage à ne facturer aucun supplément aux bénéficiaires ou aux organismes assureurs, pour les prestations réalisées dans le cadre de la présente convention.

7.5. Règles de cumul

Article 26. § 1. Les prestations prévues par la présente convention ne sont pas remboursables si elles sont dispensées à un bénéficiaire au cours d'une des périodes ou d'un des séjours suivants :

1. Une période d'intervention de l'assurance accordée dans le cadre d'une des conventions de rééducation fonctionnelle suivantes :
 - 7.78.1 : convention avec les cliniques de la mémoire,
 - 7.71 ; 9.50 ; 9.51 : conventions de rééducation neuro-locomotrice,
 - 9.53 ; 9.65 : convention avec les centres de rééducation ambulatoire – groupe 1 uniquement.
2. Pour les seules prestations de suivi ergothérapeutique (article 13), une période de 6 mois suivant la fin de la rééducation du bénéficiaire dans le cadre d'une convention de rééducation neuro-locomotrice (7.71 ; 9.50 ; 9.51).
3. Une période au cours de laquelle le bénéficiaire reçoit une intervention de l'assurance dans les prestations prévues par l'arrêté royal du 27 mars 2012 pour le financement de la participation à une concertation autour du patient psychiatrique, l'organisation et la coordination de cette concertation et la fonction de personne de référence ; le bénéficiaire ne peut percevoir d'intervention dans les prestations de la présente convention que s'il est mis un terme au remboursement des prestations prévues par cet arrêté royal, au cours de la période fixée à l'article 9.
4. Le séjour du bénéficiaire dans une maison de soins psychiatrique (MSP).
5. Le séjour du bénéficiaire dans une maison de repos et de soins (MRS) ou une maison de repos pour personnes âgées (MRPA), sauf s'il s'agit d'un court séjour.
6. Une période d'hospitalisation complète, à l'exception d'une seule séance de case management, si le référent hospitalier a constaté que la condition 2.1.1 de l'article 1 est remplie ou sera remplie lorsque le bénéficiaire sortira de l'hôpital. Ce constat est repris et argumenté dans le dossier patient tenu par l'hôpital ou dans la lettre de renvoi adressée au médecin généraliste du bénéficiaire.
7. Pendant la période au cours de laquelle le bénéficiaire est pris en charge dans le cadre de soins psychologiques de première ligne

§ 2. Le projet explique le sens et la portée de ces règles au bénéficiaire et à son aidant. Les dispositions de l'article 24 sont d'application.

8. GESTION DES DONNÉES ET PROCÉDURE D'ÉVALUATION

8.1. Dossier patient individuel

Article 27. Un coordinateur de soins dans le projet tient à jour, pour chaque bénéficiaire, un dossier patient individuel comprenant au moins :

1. Ses données d'identification.
2. Les preuves qu'il satisfait à la définition des bénéficiaires (article 1) pour les prestations dispensées.
3. Les documents utilisés ou produits lors du processus d'inclusion défini à l'article 8.
4. Les informations recueillies lors de la réalisation du module initial (article 4), en ce compris le formulaire de consentement éclairé.
5. Le plan de soins du bénéficiaire, s'il a reçu des prestations de case management.
6. La date de début et la date de fin de chaque période de dispensation des prestations (article 9).
7. Les objectifs visés et les résultats obtenus pour chacune de ces périodes.
8. Toute autre correspondance concernant ce bénéficiaire.

8.2. Informations relatives à l'application de la convention

8.2.1. Informations destinées aux bénéficiaires

Article 28. § 1. Le projet donne au bénéficiaire et à son aidant une information neutre, complète et accessible sur les objectifs, la nature, le contenu des prestations et le déroulement des périodes de dispensation de ces prestations, et d'une manière générale, sur toutes les dispositions de la convention qui ont un intérêt direct pour eux.

§ 2 Dès le début d'une période, le projet informe le bénéficiaire et son aidant sur les conditions et limites d'intervention de l'assurance, prévues en particulier par l'article 10 et l'article 26. Il en expose les termes et en explique la portée au bénéficiaire et à son aidant, dans un document écrit qu'il leur remet contre récépissé signé.

§ 3. Le projet remet au bénéficiaire et à son aidant un document qui détaille les prestations effectuées en application de la présente convention et les interventions de l'assurance soins de santé, conformément aux dispositions de l'article 53, § 1^{er}, 2 & 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

8.2.2. Informations destinées à l'INAMI et aux organismes assureurs

Article 29. § 1. Dans le mois qui suit la fin de chaque trimestre civil, le projet transmet au Service des soins de santé de l'INAMI un fichier informatique qui reprend, selon un format défini par ce Service, les nombres exacts des prestations facturables réalisées au cours de ce trimestre, réparties par type de prestation et par mois de réalisation.

Chaque prestation réalisée en faveur d'un bénéficiaire y figure une seule fois. Elle y est mentionnée dès qu'elle a été effectuée, sans attendre qu'elle ait été facturée ou remboursée. Les éventuelles prestations non-remboursables (par exemple, parce qu'elles ne répondent pas aux conditions fixées par la convention ou parce que le patient n'est pas bénéficiaire de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités) n'y sont pas mentionnées.

Le projet établit une liste des prestataires de soins qui ont exercé les fonctions visées à l'article 15 après chaque année civile. Cette liste indique l'identité de chaque personne, sa position et le temps passé dans le cadre de la convention. Sur la base d'un modèle fixe, le projet fournit ces informations au Service des soins de santé de l'INAMI au cours du premier trimestre de l'année civile suivant l'année en question.

§ 2. Le projet présente, à la demande du Service des soins de santé ou du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI, tous les documents nécessaires à l'appui des nombres de prestations communiqués.

§ 3. Si les nombres de prestations ne sont pas communiqués, dans le mois qui suit la fin d'un trimestre, le projet est rappelé à ses obligations par lettre recommandée. Si ces nombres n'ont toujours pas été communiqués dans les 30 jours civils après l'envoi de la lettre recommandée, les paiements par les organismes assureurs (dans le cadre de la convention entre l'INAMI et le projet) sont suspendus d'office tant que cette obligation n'est pas satisfaite.

§ 4. Le projet désigne une personne de contact chargée de la transmission des nombres de prestations. Il communique ses coordonnées (nom, numéro de téléphone direct et adresse électronique) au Service des soins de santé qu'il informe également de tout changement de ces coordonnées.

Article 30. § 1. Le projet fournit à chaque demande du Service des soins de santé de l'INAMI toutes les informations leur permettant de contrôler le respect des dispositions de la présente convention sous tous leurs aspects.

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

8.3. Procédure d'évaluation

Article 31. Sur la base des données mentionnées au 8.2.2., sur la base des données soumises par l'Agence intermutualiste, sur la base de données liées à BelRAI (sous réserve de l'autorisation du Comité de la sécurité de l'information), le Comité d'accompagnement, composé de membres de la commission de conventions avec les infirmières, les maisons de repos pour personnes âgées et maisons de repos et de soins, de représentants du comité de l'assurance, au cours du premier trimestre de 2019, déterminent les critères selon lesquels les avantages de cette convention seront évalués.

L'évaluation sera réalisée par le Comité d'accompagnement, qui pourra être assisté à cet effet par des experts.

9. DISPOSITIONS ADMINISTRATIVES GÉNÉRALES

Article 32. § 1. Le Pouvoir organisateur du projet s'engage à créer toutes les conditions permettant à ce dernier de réaliser les prestations dans des conditions optimales et de respecter toutes les dispositions de la convention.

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

§ 3. Le Pouvoir organisateur du projet s'engage à informer chaque membre de l'équipe de toutes les dispositions de la convention, afin de lui permettre d'accomplir ses tâches conformément aux dispositions de la convention. A cet effet, le Pouvoir organisateur remet à chaque membre de l'équipe, le texte complet de la présente convention. Il conserve 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.

10. VALIDITÉ DE LA CONVENTION

Article 33. La présente convention, faite en deux exemplaires et dûment signée par les deux parties, produit ses effets du 01 avril 2019 au 31 décembre 2020 inclus. Toutefois, chacune des parties peut à tout moment la dénoncer au moyen d'un envoi recommandé envoyé à l'autre partie, moyennant le respect d'un délai de dénonciation de trois mois qui prend cours le premier jour du mois qui suit la date d'envoi du recommandé.

Au cas où la convention serait annulée pour non-respect des dispositions de cette convention, le projet aura dans tous les cas la possibilité de faire connaître au préalable ses arguments.

Conclu à,le

Pour le projet,

Pour le Comité de l'assurance,

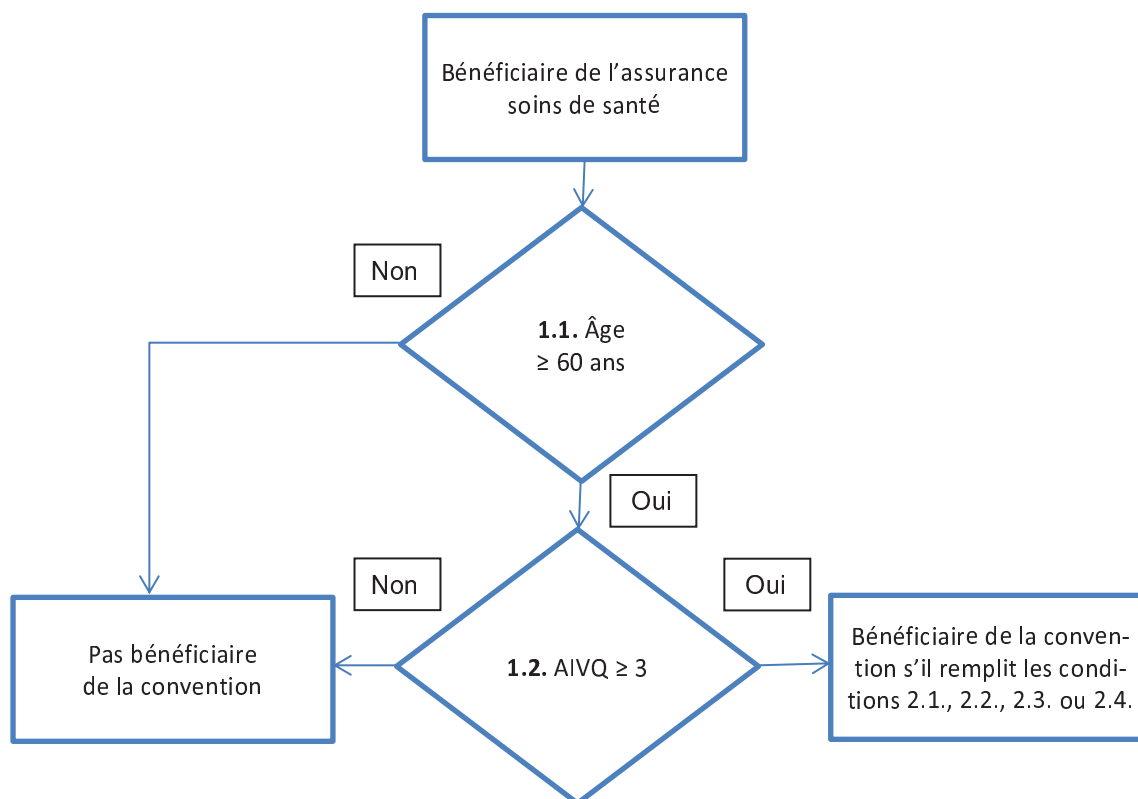
Nom du responsable :

Signature :

M. Alain Ghilain
Directeur général a.i.

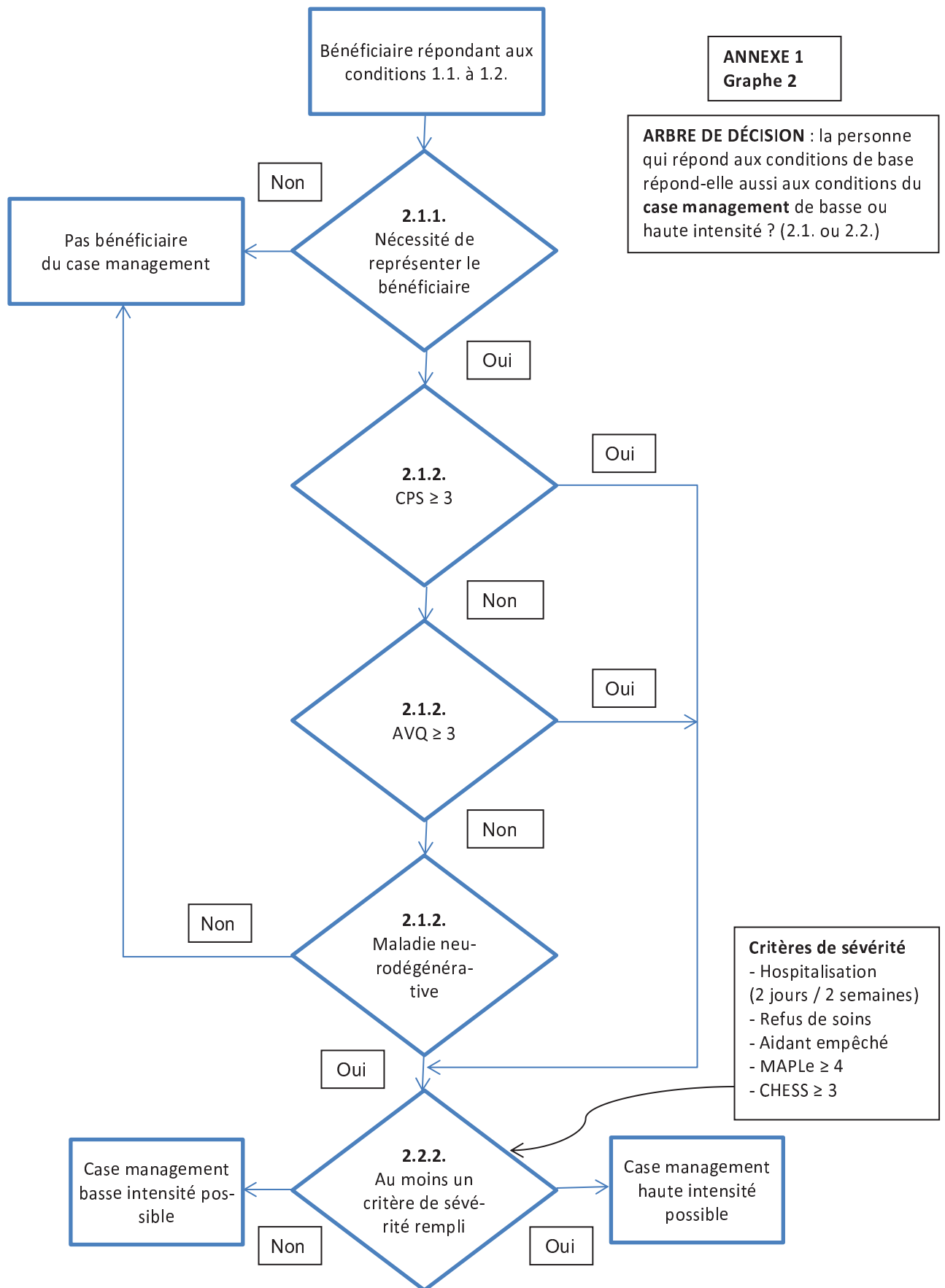
ANNEXE 1
Grappe 1

ARBRE DE DÉCISION : la personne est-elle bénéficiaire de la convention ? Vérification des **conditions de base**.



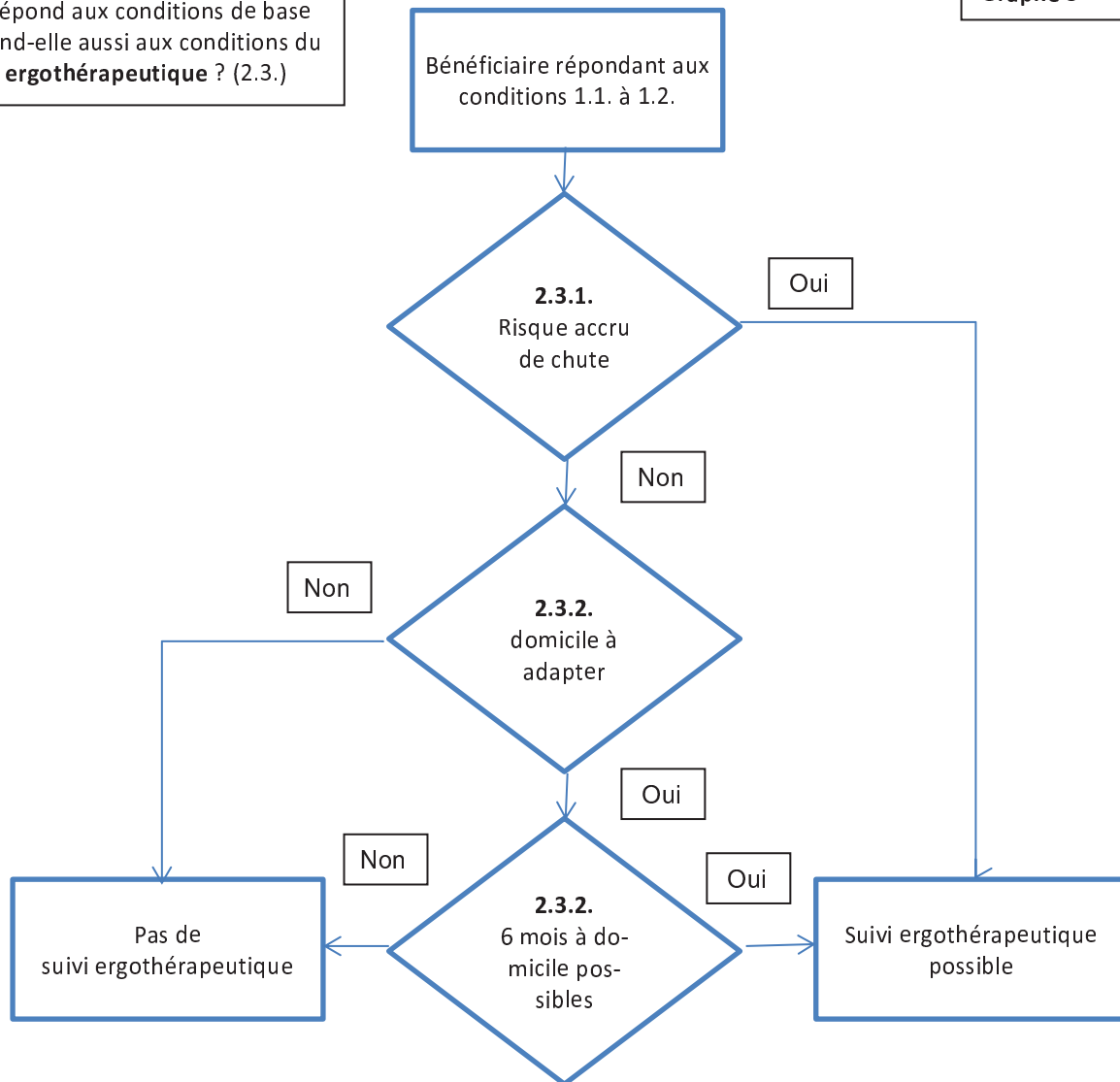
AVERTISSEMENT

Les graphes 1 à 4 de l'*annexe 1* sont fournis à titre d'aide à la décision et d'illustration des conditions définies à l'article 1. Les indications qu'ils contiennent ne remplacent en aucun cas ces conditions. Lors de toute vérification d'une condition, vous devez toujours vous reporter au texte de l'article 1 qui est seul valide. Le numéro figurant au début d'une case de décision (losange) renvoie à l'alinéa de l'article 1 où cette condition est définie d'une manière complète et exacte.



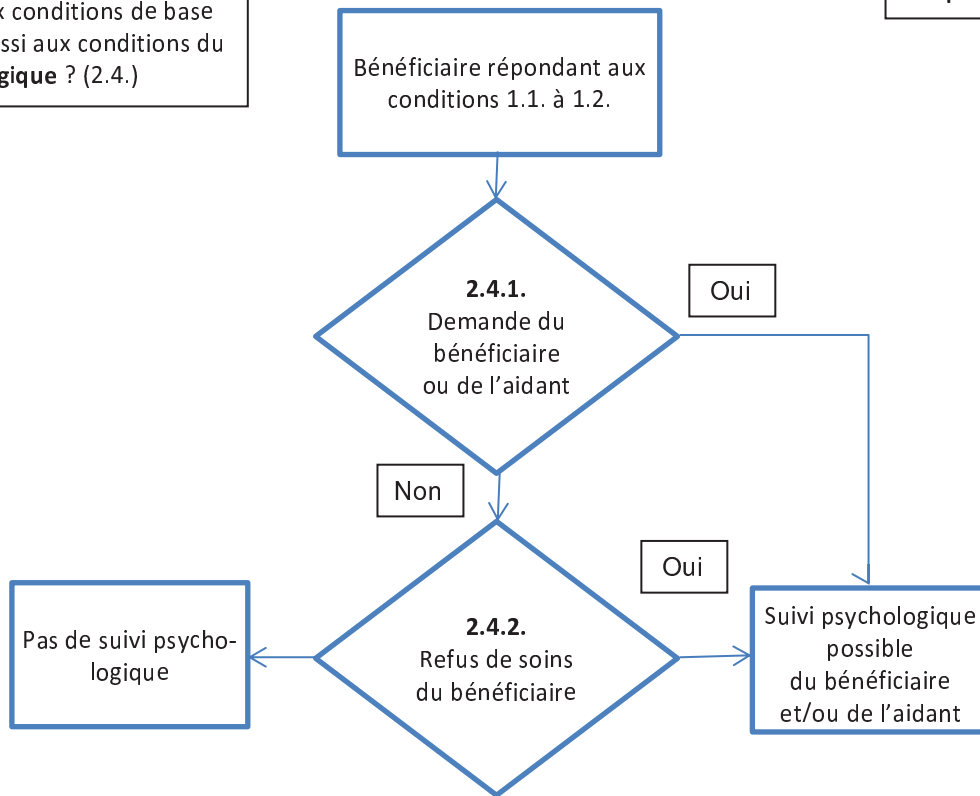
ARBRE DE DÉCISION : la personne qui répond aux conditions de base répond-elle aussi aux conditions du suivi ergothérapeutique ? (2.3.)

ANNEXE 1
Graphe 3



ARBRE DE DÉCISION : la personne qui répond aux conditions de base répond-elle aussi aux conditions du suivi **psychologique** ? (2.4.)

ANNEXE 1
Grphe 4



Modalités de calcul des nombres moyens de prestations par période (article 10, § 2)

a) La moyenne réalisée est donnée par la formule : $\bar{X} = \sum U_i / P$

où $\sum U_i$ est la somme des nombres d'unités de facturations réalisées au cours des périodes qui se sont achevées durant l'année civile considérée, selon leur type (case management haute ou basse intensité, ergothérapie, suivi psychologique), et P est le nombre de périodes.

Pour le case management de basse intensité : $\bar{X} \leq 41$

Pour le case management de haute intensité (sans suivi psy) : $\bar{X} \leq 66$

Pour l'ergothérapie (sans case management) : $\bar{X} \leq 17$

Pour l'ergothérapie (avec case management) : $\bar{X} \leq 12$

Pour le suivi psychologique, $\bar{X} \leq 51$

b) Le nombre minimum d'unités consacrées à des séances est donné par le produit de la moyenne réalisée (point a) et du pourcentage minimum de séances pour le type de prestations (60% pour le case management, 70% pour l'ergothérapie et le suivi psychologique).

Réciproquement, le nombre maximum d'unités consacrées à des prestations de support est donné par le produit de la moyenne réalisée (point a) et du pourcentage maximum de support pour le type de prestations (40% pour le case management, 30% pour l'ergothérapie et le suivi psychologique).

Si le calcul du nombre d'unités ne donne pas un nombre entier, le résultat est arrondi à l'unité la plus proche (unité inférieure, si la partie décimale $< 0,5$; unité supérieure, si la partie décimale $\geq 0,5$).

Exemple 1 :

Le calcul, effectué au début de l'année 2020, concerne l'année de référence 2019.

Dans cet exemple simplifié, 3 bénéficiaires ont reçu du *case management de basse intensité*, durant des périodes de 6 mois :

- Bénéficiaire A : périodes du 25.09.2018 au 24.03.2019 : 46 unités de facturation
- Bénéficiaire B : période du 06.02.2019 au 05.08.2019 : 33 unités de facturation
- Bénéficiaire C : période du 09.08.2019 au 08.02.2020 : 40 unités de facturation

Les périodes des bénéficiaires A et B se sont achevées en 2019, elles sont donc prises en compte dans le calcul de la moyenne de 2019. La période du bénéficiaire C s'est achevée en 2020, elle n'est pas prise en compte dans le calcul de la moyenne de 2019 ; elle sera prise en compte en 2021, pour 2020.

On retient donc la totalité des unités de facturation réalisées en faveur des bénéficiaires A et B, soit 46 et 33 unités, et on divise par le nombre de périodes, soit 2 :

$$(46 + 33) / 2 = 39,5$$

Note :

Par *totalité des unités de facturation réalisées au cours de la période*, on entend à la fois :

- La somme des unités de facturation correspondant à des séances et à des prestations de support.
- La totalité des unités réalisées au cours de la période prise en compte, y compris les unités réalisées en 2018 (dans l'exemple donné) ; le calcul porte sur les unités *réalisées au cours des périodes achevées en 2019*, non sur les seules unités réalisées en 2019.

Exemple 2 :

Dans l'exemple précédent, supposons que le bénéficiaire A ait, en plus de la 1^{ère} période, reçu 39 unités de facturation, au cours d'une 2^e période, du 18.04.2019 au 14.08.2019. Le calcul deviendrait :

$$(46 + 39 + 33) / 3 = 39,33$$

Exemple 3 :

Dans les exemples 1 et 2, la moyenne est restée inférieure au maximum de 41 unités. Supposons qu'elle ait été supérieure. Le bénéficiaire B a bénéficié de 52 unités de facturation :

$$(46 + 39 + 52) / 3 = 45,67$$

Les unités excédentaires ne peuvent pas être facturées (ou elles doivent être remboursées, si elles l'ont déjà été).

Unités réalisées : $46 + 39 + 52 = 137$

Unités facturables : $41 \times 3 = 123$

Unités non-facturables : $137 - 123 = 14$

Les 14 unités excédentaires ne peuvent pas être facturées. Si elles l'ont déjà été, elles doivent être remboursées aux OA, par unité entière, au prorata de la part de chaque OA dans la facturation de l'année.

Exemple 4 :

Dans les exemples précédents, on n'a pas examiné le rapport entre les séances et les prestations de support. Supposons maintenant que le calcul de toutes les moyennes, pour un projet, donne les résultats suivants :

Type de prestations	Total		Support	
	maximum	réalisé	maximum	réalisé
Case management basse intensité	41	40	$40 \times 40\% = 16$ 16	15
Case management haute intensité	66	65	$65 \times 40\% = 26$ 26	32
Ergothérapie (sans CM)	17	16	$16 \times 30\% = 4,8$ 5	4
Ergothérapie (avec CM)	12	12	$12 \times 30\% = 3,6$ 4	4
Suivi psychologique	51	48	$48 \times 30\% = 14,4$ 14	12

Colonne *Total, réalisé* : moyenne de la totalité des unités de facturation (séances + support).

Colonne *Support, maximum* : proportion maximale arrondie des prestations de support réalisées

Colonne *Support, réalisé* : moyenne des unités de facturation pour les seules prestations de support.

On constate que la moyenne maximale des prestations de support est dépassée pour le case management de haute intensité. Les unités *de support* excédentaires ne sont donc pas facturables, même si la moyenne du total des unités (séances et support) n'est pas dépassée.

Le calcul des unités excédentaires se fait comme dans l'exemple 3 :

Supposons que 4 patients aient reçu des prestations de support (28, 26, 33 et 41 unités), pour le case management de haute intensité :

Unités réalisées : $28 + 26 + 33 + 41 = 128$

Unités facturables : $26 \times 4 = 104$

Unités non-facturables : $128 - 104 = 14$

Calcul de l'INTERVENTION DE L'ASSURANCE

1. DONNÉES DE BASE

Jours de travail par an et par ETP

Année	Week-ends	Jours fériés	Jours de congé	Autres jours d'absence*	
365	104	12	24	10	215

* Comprend les jours au cours desquels la personne n'est pas disponible pour réaliser les prestations prévues par la convention, par exemple pour cause de maladie, de congés de circonstance, de formations...

Heures de travail par an et par ETP :

Jours/an	Heures/jour	Heures/an (a)
215	7,6	1.634

Masse salariale :

Fonction	Masse salariale* (b)
Case manager	57.742,04
Ergothérapeute	57.742,04
Psychologue	70.851,75

* Barèmes CP 330, pour 10 ans ancienneté, et cotisations patronales. A l'index au 1/1/2018

2. CALCUL DU MONTANT D'INTERVENTION DE L'ASSURANCE

Calcul du coût horaire

	Masse salariale (c) = (b) / (a)	Frais généraux* (d) = (c) x 1,15	Déplacements** (e) = (c) x 1,15	Total (f) = (c) + (d) + (e)
Case manager	35,34	5,30	5,30	45,94
Ergothérapeute	35,34	5,30	5,30	45,94
Psychologue	43,36	6,50	6,50	56,37

* Tous frais de fonctionnement, hors frais de personnel, calculés de manière forfaitaire (coordination, facturation, usage des bâtiments, mobilier, matériel de bureau et informatique, véhicules, assurances, charges financières...)

** Masse salariale correspondant au temps de déplacement du personnel, au domicile des bénéficiaires, calculé de manière forfaitaire.

Coût des prestations :

a. Module d'admission

Fonction	Temps (en heures) (g)	Coût (h) = (f) x (g)	Prix au 1/1/2019 + 1,45%
Case manager & ergothérapeute	2	91,88	
Psychologue	0,5	28,18	
Total		120,06	121,80

b. Séances et prestations de support : montant de l'unité de facturation

Fonction	Montant (i) = (f) / 2	Prix au 1/1/2019 + 1,45%
Case manager	22,97	23,30
Ergothérapeute	22,97	23,30
Psychologue	28,18	28,59

Aperçu détaillé des prestations facturées:

	Date prestation	Pseudocode prestation	Nombre	Total (EUR, arrondi à 2 chiffres derrière la virgule)
1	.../.../.....
2	.../.../.....
3	.../.../.....
4	.../.../.....
5	.../.../.....
6	.../.../.....
7	.../.../.....
8	.../.../.....
9	.../.../.....
10	.../.../.....
11	.../.../.....
12	.../.../.....
13	.../.../.....
14	.../.../.....
15	.../.../.....
16	.../.../.....
17	.../.../.....
			TOTAL :,.. euros

NOTE DE FRAIS RECAPITULATIVE

Note n° p.

Identification du projet ‘soins alternatifs aux personnes âgées – protocole3’:

Nom:
Adresse:
Tél. ou mail:
Numéro INAMI:

Numéro BCE de l’institution perceptrice:

Identification de l’organisme assureur :

Nom:
Adresse:

Note de frais récapitulative n° du au

Numéro de la note individuelle	Nom et prénom du patient	NISS		Total à charge O.A.
.....
.....
.....
Total général pour l'O.A. :			

A payer au compte:

IBAN

.....

au nom de

.....

avec la référence:

.....

Je certifie que les frais indiqués ci-avant sont exacts.

Le Responsable de l'institution,

(Date, nom et signature).

NUMERO INAMI	NOM PROJET	POUVOIR ORGANISATEUR	ADRESSE	CP	VILLE
75901708	Wegwijs	WZC Huize Zonnelied vzw	Stationsstraat 24	8900	Ieper
75910616	Psychologische begeleiding ouderen/mantelzorgers - Thuiszorgzekerheid door een gecoördineerd en integraal z	Thuisverzorging in Solidariteit vzw	Tramstraat, 61	9052	Zwijnaarde
75902104	Zorg op maat bij opnamevraag	RVT St Anna	Havenlaan, 7	3582	Beringen
75903884	Gerontopsychiatrisch expertisecentrum Menos	Wit-Gele Kruis	Wit Gele Kruis Welzijns-campus, 25	3600	Genk
75903092	Cape (casemanagement, psychologische follow-up en ergotherapeutische follow-up)	Onze Lieve Vrouw van Lourdes vzw	Domein Kloosterhof, Kloosterhof, 45	8720	Dentergem
75903686	@ zorg (ADD ZORG)	WZC Leiehome	Kloosterstraat, 9	9031	Drongen
75904082	Integraal aanbod voor jongdementen in regio Brugge	WZC Regina Coeli voor senioren	Koning Leopold III laan, 4	8200	Brugge
75904676	Zorgcirkels 24	WZC St Bernardus	Egenhovestraat, 22	3060	Bertem
75910022	Op maat	Huis Perrekes vzw	Zammelseweg 1	2440	Geel
75910319	Thuiszorg 2.0 - Thuiszorgzekerheid in regio Oostende	Thuisverzorging in Solidariteit vzw	Tentoonstellingslaan 76	9000	Gent
75910517	24 uren zorggarantie met zorgcoach in Groot-Tienen en Hoegaarden- PIOT - psychotherapeutische interventies v	WZC Sint-Alexius	Alexianenweg 27	3300	Tienen
75910715	Langer thuis met extra zorg, trajectbegeleiding door thuiszorg- en woonzorgpartners voor kandidaat-rusthuisbev	WZC huize Roborst	Kloosterstraat 1	9630	Zwalm
75910814	Som+ , Samenwerken op maat levert een plus op !	vzw zorgnetwerk Trento - WZC Campus sint Jozef PE77	Molenstraat 11	9220	Hamme
75910913	Geïntegreerd zorgcircuit voor jonge mensen met dementie	SEL Kempen	Antwerpseweg 1A bus 1	2440	Geel
75911111	OOT - Oriëntatie en opvolgingstraject voor de kwetsbare oudere	GDT GOAL	Maria Theresiastraat 63a	3000	Leuven
75940013	Dionysos III	Structure SA1L ASBL	Rue de l'association, 15	1000	Bruxelles
75940112	Prise en charge multidisciplinaire et coordonnée centrée sur les patients de plus de 60 ans atteints de syndromes	ASBL AREMIS	Chaussée de Boondaël, 390	1050	Bruxelles
75970103	Patients – Soignants-Aidants : une relation intégrée	Centrale de Services à Domicile MUT a.s.b.l. (C.S.D. MUT)	Avenue Max Buset 38	7100	La Louvière
75970202	Maintenir son lieu de vie à domicile – Equipe de soutien	Aide et Soins à Domicile Hainaut Oriental asbl	Rue du Douaire 40/1	6150	Anderlues
75970301	A l'écoute du Bien- Etre du patient à domicile	Aide et Soins à Domicile en Brabant Wallon	Chaussée de Namur 52C	1400	Nivelles
75970992	Service d'accompagnement gériatrique à domicile, en province de Liège	Aide et Soins à Domicile de l'arrondissement de Verviers a.s.	rue de Dison, 175	4800	Verviers
75990095	Dienststelle für Selbstbestimmtes Leben	Dienststelle für Selbstbestimmtes Leben	Vennbahnstrasse 4/4	4780	St-Vith