

Texte coordonné de la convention nationale W/97

Dernière modification prise en compte:
avenant W/97 octies entré en vigueur le 1^{er} janvier 2011.

**Institut national d'assurance
maladie-invalidité**

Avenue de Tervuren 211
1150 Bruxelles
☎ 02/739 78 32

**Service des soins
de santé**

CONVENTION NATIONALE ENTRE LES INFIRMIERES GRADUEES OU ASSIMILEES,
LES ACCOUCHEUSES, LES INFIRMIERES BREVETEES,
LES HOSPITALIERES/ASSISTANTES EN SOINS HOSPITALIERS OU ASSIMILEES
ET LES ORGANISMES ASSUREURS

Article 1^{er}. La présente convention définit, en ce qui concerne les honoraires et les modalités de leur paiement, les rapports entre les infirmières graduées ou assimilées, les accoucheuses, les infirmières brevetées, les hospitalières/assistantes en soins hospitaliers ou assimilées, appelées ci-après praticiens de l'art infirmier, et les bénéficiaires de l'assurance, tels qu'ils sont définis aux articles 32 et 33, alinéa 1^{er}, 5^o, 6^o et 7^o, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Art. 2. Les honoraires sont dus pour toute prestation figurant à la nomenclature établie par le Roi en application de l'article 35 de la loi susvisée, et à la condition que le praticien de l'art infirmier qui l'a pratiquée ait la qualification requise, conformément aux indications de ladite nomenclature.

Art. 3. La valeur du facteur de multiplication W est, à partir du 1^{er} juillet 2002, fixée à 3,473175 EUR.

Cette valeur correspond à une revalorisation de 1,25 %.

Conformément à 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, la valeur du facteur de multiplication W peut être adaptée à partir du 1^{er} janvier de chaque année à l'évolution de la valeur de l'indice-santé visé à l'article 1^{er} dudit arrêté royal, entre le 30 juin de la pénultième année et le 30 juin de l'année précédente. Pour ce faire, la Commission de convention constate qu'il existe une marge budgétaire suffisante par le même quorum de votes que celui qui est nécessaire à la conclusion d'une convention.

Art. 4. § 1^{er}. Les honoraires des prestations effectuées au domicile ou résidence du bénéficiaire comprennent un montant moyen correspondant à 0,224 W qui couvre forfaitairement tous les frais de déplacement des praticiens de l'art infirmier.

§ 2. Pour les prestations effectuées au domicile ou résidence du bénéficiaire situés dans les communes citées ci-après, il est accordé, en outre, pour chaque séance de soins un montant correspondant à 0,546 W (n° de code 418913) qui couvre forfaitairement tous les frais supplémentaires de déplacement des praticiens de l'art infirmier.

Les communes visées à l'alinéa précédent sont les suivantes (ce sont celles situées dans les cantons électoraux visés dans le Moniteur belge du 17 mars 1984 et qui ont une densité de population inférieure ou égale à 120 habitants par km² sur la base des données de population de 1988) :

Amblève	Florennes	Mont-de-l'Enclus
Anhée	Florenville	Musson
Anthisnes	Fourons	Nandrin
Baelen	Frasnes-lez-Anvaing	Nassogne
Bastogne (1)	Froidchapelle	Neufchâteau
Beaumont	Gedinne	Onhaye
Beauraing	Gouvy	Orp-Jauche
Beauvechain	Habay	Ouffet
Bertogne	Hamoir	Paliseul
Bertrix	Hamois	Philippeville
Bièvre	Hastièrre	Ramillies
Bouillon	Havelange	Rendeux
Brugelle	Hélécine	Rocheft
Bullange	Herbeumont	Rouvroy
Burdinne	Héron	Saint-Hubert
Burg-Reuland	Heuvelland	Saint-Léger
Butgenbach	Hotton	Sainte-Ode
Celles	Houffalize	Saint-Vith
Cerfontaine	Houyet	Sivry-Rance
Chièvres	Incourt	Somme-Leuze
Chimay	Jalhay	Stavelot
Chiny	Jodoigne (4)	Stoumont
Ciney (2)	Jurbise	Tellin
Clavier	La Bruyère	Tenneville
Couvin	La Roche-en-Ardenne	Tinlot
Daverdisse	Léglise	Tintigny
Dinant (3)	Lens	Trois-Pont
Doische	Libin	Vaux-sur-Sûre
Durbuy	Libramont-Chevigny	Vielsalm
Eghezée	Lierneux	Viroinval
Ellezelles	Limbourg	Virton
Engis	Malmedy (5)	Vleteren
Erezée	Manhay	Vresse-sur-Semois
Etalle	Marche-en-Famenne	Waimés
Fauvillers	Meix-devant-Virton	Wellin
Fernelmont	Messines	Yvoir
Ferrières	Modave	
Flobecq	Momignies	

(1) (2) (3) (4) (5) = Sauf centre de l'entité. Sont donc reprises les anciennes communes de:

- (1) Longvilly - Noville - Villers-la-Bonne-Eau - Wardin
- (2) Achêne - Braibant - Chevetogne - Conneux - Leignon - Pessoux - Serinchamps - Sovet
- (3) Falmagne - Falmignoul - Foy-Notre-Dame - Furfooz - Lisogne - Sorinnes - Thynes
- (4) Dongelberg - Jauchelette - Lathuy - Mélin - Piétrain - St-Jean-Geest - St-Remy-Geest - Zetrud-Lumay
- (5) Bellevaux-Ligneuville - Bevercé

Art. 5. Les taux d'honoraires et d'indemnité forfaitaire pour déplacement prévus par la présente convention sont appliqués à tous les bénéficiaires de l'assurance soins de santé, y compris les veuves et veufs, pensionnés, invalides et orphelins visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Art. 6. § 1^{er}. Le bénéficiaire paie lui-même les honoraires au praticien de l'art infirmier visé à l'article 1^{er}.

§ 2. Le praticien de l'art infirmier visé à l'article 1^{er} peut opter pour l'application du système du tiers payant pour la partie des honoraires qui est à charge de l'organisme assureur. Dans ce cas, il le précise au moment de son adhésion ou en avise le Service des soins de santé par lettre recommandée. De même, il peut renoncer à l'option pour le système du tiers payant moyennant avis par lettre recommandée au Service des soins de santé, avec effet au premier jour du trimestre civil suivant la date d'envoi de la lettre recommandée.

§ 3. Si le praticien de l'art infirmier a opté pour le système du tiers payant, il est tenu d'appliquer ce mode de paiement à tous les bénéficiaires et à l'ensemble des prestations effectuées.

Art. 7. § 1^{er}. Le praticien de l'art infirmier visé à l'article 1^{er} délivre au bénéficiaire l'attestation de soins donnés ou joint l'attestation ou le document, en cas d'application du système du tiers payant, à la note d'honoraires adressée à l'organisme assureur.

§ 2. Le praticien de l'art infirmier visé à l'article 1^{er} ayant opté pour le système du tiers payant envoie à chaque mutualité ou office régional de l'organisme assureur, mensuellement et avant la fin du mois suivant celui au cours duquel les prestations ont été effectuées, sa note d'honoraires comprenant les attestations de soins donnés et un état récapitulatif en double exemplaire; celui-ci mentionne le nom des bénéficiaires, le montant des interventions par bénéficiaire et le montant global dû par l'organisme assureur.

L'organisme assureur règle le montant de la note d'honoraires compte tenu des rectifications apportées, dans un délai de six semaines à dater de l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, pour autant que le praticien de l'art infirmier visé à l'article 1^{er}, ait introduit sa note d'honoraires dans ce délai, le cachet de la poste faisant foi. Dans la mesure où les délais de paiement ne sont pas respectés par l'organisme assureur, le praticien de l'art infirmier en avise la Commission de convention. La Commission de convention veillera au respect par les organismes assureurs des susdits délais de paiement.

§ 3. Dans la mesure où les attestations ont été transmises dans les délais prévus au § 2, alinéa 1^{er}, le non-paiement dans le délai prévu au § 2, alinéa 2, donne droit à des intérêts moratoires dont le taux correspond au taux des crédits de caisse de la Caisse générale d'épargne et de retraite à la date d'expiration du délai de paiement.

Ces intérêts moratoires sont calculés à partir du premier jour qui suit l'expiration du délai de paiement. Le praticien de l'art infirmier récupère ces intérêts moratoires auprès de l'organisme assureur concerné par l'envoi d'une lettre recommandée motivant de façon circonstanciée le montant réclamé. Il n'est pas dû d'intérêts moratoires si les frais de paiement dépassent le montant à payer.

La charge de ces intérêts moratoires est imputée aux frais d'administration du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité si le retard est dû à la transmission tardive des avances mensuelles visées à l'article 202 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 ou si ces avances ne suffisent pas pour permettre à l'organisme assureur d'exécuter intégralement ses obligations à l'égard de tous les dispensateurs de soins et de tous les établissements.

Art. 7bis. Depuis le 1^{er} janvier 1994, l'option pour le système du tiers payant est soumise, d'une part, à l'obligation d'associer à la note d'honoraires et à l'état récapitulatif, dont question à l'article 7, § 2 de la présente convention, la transmission des données de facturation sur support magnétique à l'organisme assureur concerné au niveau national, d'autre part, à l'obligation de demander et d'utiliser un numéro "tiers payant" qui sera attribué par le Service des soins de santé.

Les modalités selon lesquelles doit s'effectuer la délivrance des supports magnétiques sont celles définies par les "instructions aux utilisateurs du système de délivrance des données de facturation sur support magnétique et aux organismes assureurs" établies et mise à jour par le Comité de l'assurance soins de santé.

Les modalités et délais prévus au § 2 de l'article 7 ci-dessus sont d'application. L'introduction de l'obligation de transmission de données de facturation sur support magnétique suppose la réception et l'acceptation du support magnétique avant le paiement par l'organisme assureur. Les conditions d'acceptabilité des supports magnétiques sont précisées dans les instructions établies par le Comité de l'assurance dont il est question plus haut, étant entendu que par enregistrement, il n'est admis qu'une seule prestation.

Les praticiens de l'art infirmier qui choisissent d'appliquer le tiers payant ont en outre l'obligation, à partir du 1^{er} janvier 1994, d'utiliser un numéro "tiers payant" qu'ils doivent demander par lettre recommandée au Service des soins de santé. Le numéro "tiers payant" individuel est identique au numéro d'inscription du praticien de l'art infirmier. Des groupes de praticiens peuvent s'accorder pour délivrer des données de facturation individualisées mais regroupées sur le même support. Le groupe de praticiens doit dans ce cas demander un numéro "tiers payant" spécifique pour le groupe. Ce numéro sera utilisé lors de la facturation simultanément aux numéros individuels.

La délivrance des données de facturation sur support magnétique visée aux alinéas précédent peut, pour les prestations effectuées à partir du 1^{er} janvier 2009, être remplacée, suivant les modalités définies par le Comité de l'assurance, par une transmission par un réseau électronique.

Art. 8. Les prestations reprises au Chapitre III, section 4, de la nomenclature des prestations de santé, donnent lieu au paiement par le bénéficiaire d'une intervention personnelle correspondant à 25 % du montant des honoraires tels qu'ils sont fixés par la présente convention.

Cette intervention personnelle est exigible quel que soit l'endroit où la prestation a été effectuée.

Elle n'est pas due conformément à l'article 37 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 pour les veuves et veufs, pensionnés, invalides et orphelins et les personnes à leur charge dont les revenus ne dépassent pas les montants fixés par l'arrêté royal du 1^{er} avril 1981.

En outre, une intervention personnelle de 25 % est due par tous les bénéficiaires pour les taux visés à l'article 4.

Art. 9. § 1^{er}. En cas de dépassement des honoraires fixés par la présente convention, le praticien de l'art infirmier est tenu, sur décision de la Commission de convention, de verser à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité à titre de clauses pénales, une indemnité égale à trois fois le montant de ce dépassement, avec un minimum de 123,95 €

§ 2. En cas de constatation par la Commission de conventions du non-respect des plafonds journaliers, des limitations ou des cumuls interdits par la nomenclature des prestations de santé, la Commission pourra prendre des sanctions prévoyant le retrait de l'adhésion à la convention du praticien de l'art infirmier et ce, pour une période que la Commission détermine. En cas de récidive, la Commission peut prononcer le retrait définitif de l'adhésion du praticien à la convention.

§ 3. En cas d'autres infractions que celles prévues aux §§ 1^{er} et 2, les parties à la présente convention sont tenues de verser, à titre de clause pénale, sur décision de la Commission de conventions, soit à l'INAMI s'il s'agit du praticien de l'art infirmier adhérant à la présente convention, soit à ce dispensateur s'il s'agit d'un organisme assureur, les indemnités suivantes:

1. 1,24 € par infraction aux prestations dont le remboursement au taux bénéficiaire ordinaire/dispensateur conventionné ne dépasse pas 2,48 €;
2. 2,48 € par infraction aux prestations dont le remboursement au taux bénéficiaire ordinaire/dispensateur conventionné va de 2,50 € à 4,96 €;
3. 4,96 € par infraction aux prestations dont le remboursement au taux bénéficiaire ordinaire/dispensateur conventionné va de 4,98 € à 9,92 €;
4. 9,92 € par infraction aux prestations dont le remboursement au taux bénéficiaire ordinaire/dispensateur conventionné va de 9,94 € à 19,84 €;
5. 19,84 € par infraction aux prestations dont le remboursement au taux bénéficiaire ordinaire/dispensateur conventionné est plus élevé que 19,84 €;
6. deux tiers du montant accordé pour les frais de déplacement prévus à l'article 4, §§ 1^{er} et 2 de la présente convention.

§ 3bis. Les indemnités mentionnées ci-dessus sont payables dans les trois mois suivant la notification faite par le Service des soins de santé de l'INAMI. Dans les cas dignes d'intérêt, le Service peut accorder un étalement des paiements sur base d'une demande du dispensateur

de soins dûment motivée.

§ 4. De plus, la Commission de convention peut, à titre de sanction, exclure un praticien de l'art infirmier visé à l'article 1^{er}, du régime du tiers payant, pendant une période allant d'un mois à un an. En cas de récidive dans un délai de 5 ans, cette exclusion peut être définitive.

§ 5. En cas de présomption d'irrégularités ou d'abus dans l'utilisation du système du tiers payant par un praticien de l'art infirmier visé à l'article 1^{er}, les organismes assureurs peuvent, à titre conservatoire, surseoir à tout paiement à ce praticien de l'art infirmier visé à l'article 1^{er}, pendant une période de trois mois maximum à condition d'en aviser simultanément la Commission de convention et le praticien de l'art infirmier concerné visé à l'article 1^{er}.

La Commission de convention se réunit dans les 30 jours de la réception de l'avis pour examiner les griefs formulés à l'égard du praticien de l'art infirmier. Elle se prononce sur le maintien ou la levée de la suspension des paiements. De plus, elle peut prendre, le cas échéant, les mesures prévues aux paragraphes 1^{er} à 3 ci-dessus.

Art. 10. L'objectif budgétaire pour les prestations de l'article 8 de la nomenclature des prestations de santé est fixé sur base des dispositions légales et réglementaires en vigueur en la matière.

Conformément aux dispositions de l'article 51, § 2 de la loi précitée relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, les parties contractantes s'engagent, dès qu'un dépassement significatif ou risque de dépassement significatif de l'objectif budgétaire annuel partiel est constaté, à appliquer des mesures de correction et ce en fonction du dépassement; pour les prestations ou les groupes de prestations qui sont à l'origine du dépassement ou du risque de dépassement significatif, la correction est proportionnelle au montant du dépassement ou du risque de dépassement. Ces mesures de correction sont les suivantes :

- ↵ introduction de conditions supplémentaires pour pouvoir attester les forfaits;
- ↵ limitation de la fréquence de l'attestation de toilettes en fonction du degré de dépendance du patient;
- ↵ condition supplémentaire liée au degré de dépendance du patient pour pouvoir attester le supplément pour toilette le week-end ou un jour férié;
- ↵ suppression des honoraires pour les toilettes au cours du week-end;
- ↵ réduction linéaire des honoraires, si les économies obtenues par les autres mesures de correction sont épuisées.

Par ailleurs, pour les forfaits A et B, le nombre moyen de visites par patient et par journée de soins sera évalué en prenant pour référence les moyennes suivantes :

- ↵ pour le forfait A : en moyenne 1,15 visites par journée de soins;
- ↵ pour le forfait B : en moyenne 1,40 visites par journée de soins.

Le nombre moyen de visites sera calculé sur l'ensemble de la patientèle (l'ensemble des bénéficiaires pour lesquels des forfaits sont attestés sous le même numéro tiers payant) et par période d'un mois.

Les parties contractantes s'engagent à prendre toutes les mesures nécessaires pour garantir que l'attestation des forfaits correspondra à un nombre moyen minimum de visites.

L'objectif budgétaire ne tient pas compte de la somme afférente au transfert de compétences des Oeuvres sociales de la Société nationale des chemins de fer belges; en conséquence, l'évaluation des objectifs budgétaires doit se faire sans tenir compte de ce transfert.

Est prévue, en cas d'insuffisance des mécanismes de correction ou en cas de non-application, ou si les mesures de correction ne sont pas prises en temps utile ou sont insuffisantes, une réduction automatique et immédiatement applicable des honoraires, prix ou autres montants ou des tarifs de remboursement en cas de dépassement significatif ou de risque de dépassement significatif de l'objectif budgétaire annuel partiel, selon les règles fixées aux alinéas 5 à 7 de l'article 51, § 2 de la loi précitée du 14 juillet 1994.

L'application de la diminution ou de la réduction automatique prévue à l'alinéa précédent ne peut être invoquée ni par une des parties ayant conclu la convention, ni par le dispensateur individuel qui y adhère pour dénoncer cette convention ou cette adhésion.

Art. 10bis Trajets de soins

Le 1^{er} avril 2009 entre en vigueur l'arrêté royal du 21 janvier 2009 portant exécution de l'article 36 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, concernant les trajets de soins.

Eu égard au rôle important que peut avoir le praticien de l'art infirmier à domicile dans le cadre de ces trajets de soins, les mesures suivantes sont prises à titre expérimental.

1. Une intervention de l'assurance est accordée pour les prestations spécifiques en matière d'éducation à l'autonomie du patient diabétique qui sont effectuées par des praticiens de l'art infirmier à domicile dans le cadre des trajets de soins.

2. Ces prestations spécifiques portent sur:

L'éducation de départ et la mise en œuvre de l'insulinothérapie ou du traitement aux incrétinomimétiques;

L'éducation de suivi du patient traité à l'insuline ou aux incrétinomimétiques;

Le supplément d'éducation en cas de complications.

3. Ces prestations peuvent être dispensées aux patients définis à l'art. 3, 1^o, de l'arrêté susvisé, qui sont pris en charge dans le cadre d'un trajet de soins.

4. Règles générales en matière de prestations :

Ces prestations sont prescrites par le médecin généraliste du trajet de soins ou par un autre médecin généraliste qui a accès au dossier médical global du bénéficiaire qui peut fixer les objectifs spécifiques d'éducation.

Chaque prestation comporte une demi-heure d'éducation individuelle. Trois prestations au maximum peuvent être effectuées au cours de la même séance de soins.

Par patient, l'« éducation de départ » peut être attestée au maximum 10 fois, l'« éducation de suivi » au maximum 2 fois par année calendrier et le « supplément d'éducation en cas de complications » au maximum 4 fois par année calendrier ; les prestations de cet article et leurs équivalents dans la nomenclature de revalidation (AR du 10 janvier 1991) sont comptabilisées ensemble pour vérifier si ces maximums sont atteints.

Les prestations « l'éducation de suivi du patient traité à l'insuline ou aux incrétinomimétiques » et « supplément d'éducation en cas de complications » ne peuvent pas être dispensées durant la même journée de soins.

Ces prestations sont dispensées au domicile du patient ou exceptionnellement dans une maison régionale d'un réseau multidisciplinaire local financé ou sur demande du médecin généraliste être dispensées au cabinet de celui-ci.

Les prestations effectuées sont mentionnées dans le dossier infirmier où sont également conservées les copies des rapports.

Les honoraires pour chaque prestation s'élèvent à 20 euros.

L'intervention de l'assurance se monte à 100 % des honoraires susmentionnés.

Le régime du tiers payant peut être appliqué pour ces prestations.

Les prestations spécifiques susmentionnées ne peuvent pas être remboursées durant la période où le patient est pris en charge dans un centre de diabétologie conventionné pour un programme d'autogestion diabétique qui couvre l'éducation du patient diabétique.

Pour les patients qui ont conclu un trajet de soins, les prestations aux patients diabétiques définies à l'article 8, §1^{er}, 1°, VI et 2°, VI de la nomenclature ne peuvent être attestées.

5. Modalités relatives à la prestation « éducation de départ et mise en œuvre de l'insulinothérapie ou du traitement aux incrétinomimétiques » :

La prestation « éducation de départ et mise en œuvre de l'insulinothérapie ou du traitement aux incrétinomimétiques » ne peut être prescrite que pour un bénéficiaire entamant un programme d'autogestion du diabète prévoyant un contrôle régulier de la glycémie.

La prestation « éducation de départ et mise en œuvre de l'insulinothérapie ou du traitement aux incrétinomimétiques » ne peut pas être attestée pour des patients qui ont déjà reçu une éducation à l'autonomie du patient diabétique, remboursée par l'assurance de maladie obligatoire.

La prestation « éducation de départ et mise en œuvre de l'insulinothérapie ou du traitement aux incrétinomimétiques » est prescrite de manière globale pour les 5 premières prestations par le médecin généraliste du trajet de soins ou par un autre médecin généraliste qui a accès au dossier médical global du bénéficiaire. Pour les prestations supplémentaires une nouvelle prescription indiquant le nombre de prestations est nécessaire, et ce après que le médecin généraliste du trajet de soins ait pris connaissance du rapport des 5 premières prestations. Cette prestation peut être attestée au maximum 10 fois par patient.

La prestation « éducation de départ » ne peut plus être dispensée un an après la première prestation d'« éducation de départ » ou dès qu'une prestation « éducation de suivi du patient » ou « éducation en cas de complications » a été dispensée.

Le résultat du premier groupe de 5 séances d' « éducation de départ et mise en œuvre de l'insulinothérapie ou du traitement aux incrétinomimétiques » ainsi que le résultat de chaque groupe de prestations couvertes par une prescription médicale sont transmis au médecin généraliste du trajet de soins.

La prestation « éducation de départ et mise en œuvre de l'insulinothérapie ou du traitement aux incrétinomimétiques » est attestée au moyen du pseudocode 423813.

6. Modalités relatives à la prestation « éducation de suivi du patient traité à l'insuline ou aux incrétinomimétiques » :

La prestation « éducation de suivi du patient traité à l'insuline ou aux incrétinomimétiques » est prescrite par le médecin généraliste du trajet de soins ou par un autre médecin généraliste qui a accès au dossier médical global du bénéficiaire. La prescription doit mentionner le nombre de prestations nécessaires (1 ou 2). La prestation peut être attestée par patient au maximum 2 fois par année calendrier.

Cette prestation ne peut être effectuée qu'à partir de l'année calendrier suivant l'année calendrier où la première prestation « éducation de départ et mise en œuvre de l'insulinothérapie ou du traitement aux incrétinomimétiques » ou une éducation à l'autonomie du patient diabétique, remboursée par l'assurance de maladie obligatoire, a été dispensée. Une exception est faite pour les patients qui entament le programme d'autogestion dans le cadre d'un centre de convention diabète mais qui concluent, la même année, un contrat trajet de soins. Pour ceux-ci la prestation peut être donnée la même année calendrier.

Un rapport annuel, pour les années durant lesquelles des prestations de « éducation de suivi du patient traité à l'insuline ou aux incrétinomimétiques » ont eu lieu, doit être adressé au médecin généraliste du trajet de soins.

La prestation « éducation de suivi du patient traité à l'insuline ou aux incrétinomimétiques » est attestée au moyen du pseudocode 423835.

7. Modalités relatives à la prestation « supplément d'éducation en cas de complications » :

La prestation « supplément d'éducation en cas de complications » est prescrite, par prestation, par le médecin généraliste du trajet de soins ou par un autre médecin généraliste qui a accès au dossier médical global du bénéficiaire. Cette prestation peut être attestée par patient au maximum 4 fois par année calendrier.

Cette prestation ne peut être effectuée qu'à partir de l'année calendrier suivant l'année calendrier où la première prestation « éducation de départ et mise en œuvre de l'insulinothérapie ou du traitement aux incrétinomimétiques » ou une éducation à l'autonomie du patient diabétique, remboursée par l'assurance de maladie obligatoire, a été dispensée. Une exception est faite pour les patients qui entament le programme d'autogestion dans le cadre d'un centre de convention diabète mais qui concluent, la même année, un contrat trajet de soins. Pour ceux-ci la prestation peut être donnée la même année calendrier.

Un rapport annuel, pour les années durant lesquelles des prestations de « supplément d'éducation en cas de complications » ont eu lieu, doit être adressé au médecin généraliste du trajet de soins.

La prestation « supplément d'éducation en cas de complications » est attestée au moyen du pseudocode 423850.

8. Ces prestations ne peuvent être attestées que par des praticiens de l'art infirmier ayant reçu de l'INAMI un numéro d'enregistrement spécifique.

Le numéro d'enregistrement spécifique est octroyé par l'INAMI en réponse à une demande écrite introduite par le praticien de l'art infirmier. Cette demande comporte les attestations requises en matière de conditions de formation. Cette demande est adressée à l'INAMI, Service des soins de santé, direction dossiers individuels – section praticiens de l'art infirmier, avenue de Tervuren 211, 1150 Bruxelles.

9. Numéro d'enregistrement spécifique:

Pour pouvoir recevoir le numéro d'enregistrement spécifique, le praticien de l'art infirmier doit satisfaire aux critères suivants :

- avoir la qualification de praticien de l'art infirmier gradué ou assimilé, d'accoucheuse ou de praticien de l'art infirmier breveté
- avoir réussi avec fruit une formation complémentaire en diabétologie de 150 heures ou d'au moins 20 « studiepunten » comprenant au minimum 100 heures effectives d'enseignement théorique, couronnée d'une attestation délivrée par un Institut de formation agréé par le Département qui a l'Enseignement dans ses attributions.

Les « compétences et/ou qualifications acquises » ailleurs peuvent être prises en compte sous réserve de validation par un institut de formation susmentionné.

10. Disposition transitoire:

Durant la période transitoire allant jusqu'au 30/09/2011, les infirmiers relais en diabétologie qui sont enregistrés au plus tard le 30/09/2009 et qui sont inscrits dans un des instituts de formation susmentionnés à une formation complémentaire en diabétologie qui compte au minimum 60 heures ou d'au moins 7 « studiepunten » comprenant au minimum 40 heures effectives d'enseignement théorique, peuvent obtenir le numéro d'enregistrement spécifique provisoire.

Les 40 heures de formation ou 4 « studiepunten » que l'infirmier a suivis afin de pouvoir être enregistré comme infirmier relais en diabétologie ne peuvent pas être comptabilisés dans les 60 heures ou 7 « studiepunten » de formation mentionnés ci-dessus.

Sachant que ce programme transitoire est un programme minimal temporaire, aucun crédit n'est octroyé pour les « compétences et/ou qualifications acquises » ailleurs.

Pour recevoir le numéro d'enregistrement spécifique provisoire, le praticien de l'art infirmier transmet à l'INAMI une déclaration sur l'honneur ainsi que les pièces justificatives de l'inscription.

A la fin de la période transitoire, à savoir le 30/09/2011, trois situations peuvent se présenter pour des praticiens de l'art infirmier ayant un numéro d'enregistrement spécifique provisoire:

- * le praticien de l'art infirmier répond aux conditions pour recevoir le numéro d'enregistrement définitif et reçoit celui-ci sous réserve d'en avoir fait la demande et d'avoir envoyé les attestations, comme indiqué au point 8.
- * le praticien de l'art infirmier a suivi avec fruit la formation complémentaire en diabétologie et conserve son numéro d'enregistrement spécifique provisoire. Il envoie alors à l'INAMI, au Service des soins de santé, direction des dossiers individuels – section praticiens de l'art infirmier, Avenue de Tervuren 211 à 1150 Bruxelles, les pièces justificatives des heures suivies. Avant le 31/08/2013, la fin de la durée initiale de quatre ans des trajets de soins diabète, la Commission de conventions praticiens de l'art infirmier – organismes assureurs décidera (avis contraignant), sur base de l'évaluation des trajets de soins suivie par le comité

d'accompagnement imposé par le Comité de l'assurance, si les conditions de formation pour l'octroi du numéro d'enregistrement spécifique définitif sont remplies. Si les conditions sont remplies, le praticien de l'art infirmier recevra son numéro d'enregistrement spécifique définitif, autrement il perdra son numéro d'enregistrement spécifique provisoire. Le numéro d'enregistrement spécifique provisoire reste valable jusqu'à l'entrée en vigueur de cette décision.

- * le praticien de l'art infirmier n'a pas suivi avec fruit la formation complémentaire exigée et se voit retirer son numéro d'enregistrement spécifique provisoire.

11. Conditions pour conserver le numéro d'enregistrement:

Le praticien de l'art infirmier ayant obtenu l'enregistrement spécifique définitif (cfr. point 9) s'engage à suivre chaque année une formation permanente de 15 heures.

Les preuves du suivi de cette formation permanente doivent être conservées par le praticien de l'art infirmier durant une période de 3 ans en vue d'un contrôle.

Avant la fin de la durée initiale de quatre ans des trajets de soins diabète, à savoir le 31/08/2013, la Commission de conventions praticiens de l'art infirmier – organismes assureurs se prononcera, sur base de l'évaluation des trajets de soins suivie par le comité d'accompagnement imposé par le Comité de l'assurance, sur le seuil d'activité minimal devant être consacré aux activités susmentionnées.

12. Collaboration avec les autres partenaires :

L'infirmier collabore avec tous les dispensateurs de soins qui participent aux soins du patient diabétique : le médecin généraliste et le médecin spécialiste qui ont conclu le trajet de soins avec le patient, les fournisseurs de matériel et les auxiliaires paramédicaux.

Le praticien de l'art infirmier conclut une convention de collaboration avec un centre conventionné diabète.

13. Le Comité de l'assurance peut, sur l'avis de la Commission de conventions entre les praticiens de l'art infirmier et les organismes assureurs, promulguer des directives concernant le contenu de l'éducation, des rapports des séances d'éducation et du dossier infirmier.

14. Ces mesures seront appliquées à titre expérimental durant la période allant de la date d'entrée en vigueur de cet avenant jusqu'à l'instauration de l'éducation des patients diabétiques par les praticiens de l'art infirmier dans le contexte des trajets de soins à l'article 8 de la nomenclature des prestations de santé.

Art. 11. Il est attribué à chaque praticien de l'art infirmier un numéro d'inscription. Il est tenu de reproduire ce numéro sur tous les documents destinés aux bénéficiaires et aux organismes assureurs. Le praticien de l'art infirmier qui adhère à la convention fait précéder son numéro du chiffre 1.

Art. 12. La présente convention porte ses effets au plus tôt le 1^{er} janvier 1997. Elle est valable jusqu'au 31 décembre 1998.

Elle est tacitement reconduite d'année en année, sauf dénonciation avant le 1^{er} octobre par lettre recommandée à la poste, adressée au Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

Cette dénonciation peut être faite :

- 1) soit par les trois quarts au moins des membres d'un des deux groupes représentés à la Commission de convention et dans ce cas, elle a pour effet d'annuler la convention à partir du 1^{er} janvier qui suit la dénonciation;
- 2) soit par toute personne ayant adhéré à la convention et dans ce cas, elle a pour effet de faire cesser l'adhésion de cette seule personne à partir du 1^{er} janvier qui suit la dénonciation.

En outre, l'adhésion individuelle à la présente convention produit immédiatement ses effets et vaut pour la durée de la convention. Les praticiens de l'art infirmier qui ont adhéré à la convention précédente sont, sauf manifestation contraire de leur volonté dans les trente jours suivant l'envoi par le Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité de la présente convention, censés maintenir leur adhésion à cette dernière.

Fait à Bruxelles, le

Pour les organismes assureurs,

Pour les organisations professionnelles des praticiens de l'art infirmier,