

MSP/2007

Institut national d'assurance  
maladie-invalidité

Avenue de Tervuren 211

1150 Bruxelles

☎ 02/739 78.74



Service des soins  
de santé

**CONVENTION NATIONALE CONCLUE ENTRE LES MAISONS  
DE SOINS PSYCHIATRIQUES ET  
LES ORGANISMES ASSUREURS (MSP/2007)  
TEXTE COORDONNE AU 01/10/2013**

1. 1<sup>er</sup> avenant à convention du 27 novembre 2008 : en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009 : augmentation du montant forfaitaire couvrant tant l'intervention personnelle des spécialités pharmaceutiques remboursables que le coût des spécialités pharmaceutiques non-remboursables (1,20 euros)
2. 2<sup>ème</sup> Deuxième avenant à la convention du 7 mai 2009 – en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2009 : En vue de l'amélioration de l'accessibilité financière des maisons de soins psychiatriques, la Commission de conventions propose d'octroyer une « intervention forfaitaire supplémentaire par l'assurance maladie en vue de l'amélioration de l'accessibilité aux MSP » de 4 EUR par bénéficiaire et par journée de séjour à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2009 jusqu'au 31 décembre 2009 inclus. À cet effet, la Commission de conventions a conclu un avenant à la convention nationale le 7 mai 2009. L'entrée en vigueur de l'avenant est toutefois liée à l'entrée en vigueur de la majoration du prix de la partie B1 de 2 EUR prévue à l'article 4 de l'*arrêté royal du 10 décembre 1990 fixant les règles pour la fixation du prix d'hébergement pour les personnes admises dans les maisons de soins psychiatriques*. Lors de l'entrée en vigueur des deux mesures, le patient paiera donc par journée de séjour 2 EUR en moins sur l'intervention personnelle dans le prix d'hébergement.
3. 3<sup>ème</sup> avenant à la convention (3/12/2009) – en vigueur le 01/01/2010 :
  - a) Forfait pour les médicaments  
Un renvoi à l'arrêté royal fixant l'intervention personnelle dans les médicaments pour les patients admis dans une maison de soins psychiatriques a été ajouté.
  - b) Accessibilité des MSP  
Prolongation de l'« intervention forfaitaire supplémentaire ». de 4 EUR par journée de séjour accordée pour l'amélioration de l'accessibilité financière des maisons de soins

psychiatriques.

Cette intervention sera revue au moment où l'AR qui fixe l'intervention de l'État sera adapté (mesure à long terme). En outre, le budget de 9,6 millions d'euros sera peut-être totalement utilisé pour l'accessibilité d'une manière éventuellement plus sélective.

c) Congés

Les patients admis dans une maison de soins psychiatriques peuvent prendre 4 jours de congé par mois calendrier d'admission entamé. Dans l'avenant, il a été ajouté qu'en cas de démission et de nouvel hébergement dans les 90 jours, le nombre de jours de congé qui n'ont pas été utilisés peuvent être reportés à la nouvelle période de séjour.

d) Durée

La convention est prolongée pour une durée indéterminée, sous réserve de la possibilité de dénonciation avant le 1<sup>er</sup> novembre de chaque année.

4. 4ème avenant à la convention (13/06/2013) – en vigueur le 01/10/2013 :  
accorde une intervention supplémentaire en vue d'améliorer l'accessibilité financière en attendant l'adaptation de la législation.  
(AR réglant l'intervention de l'État et pour les organismes assureurs , accès électronique aux catégories d'intervention d'intégration)

## **Avant-propos**

### **Frais d'administration**

Dans le cadre de l'établissement des besoins budgétaires pour l'année 2008, la Commission de conventions sollicitera un montant pour les frais d'administration et la transmission des données. Pour ces frais, un montant de 0,11 euro par bénéficiaire par journée d'entretien sera demandé. Ce montant sera lié à l'indice pivot 104,14 des prix à la consommation sur la base 2004 = 100 et sera adapté conformément aux dispositions de la loi du 1er mars 1977 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation du Royaume de certaines dépenses dans le secteur public.

### **Prestations de kinésithérapie**

Dans le cadre de l'établissement des besoins budgétaires pour l'année 2008, la Commission de conventions sollicitera un montant pour révaloriser le budget MSP prévu pour dispenser des prestations de kinésithérapie spécifique, axées sur une problématique somatique.

### **Etude de l'intervention personnelle pour les médicaments**

La Commission de conventions s'engage à réaliser une étude afin de vérifier dans quelle mesure le montant de 0.95 EUR peut être retenu à l'avenir. Cette étude sera effectuée sur la base des données afférentes aux prestations des premier et deuxième trimestres 2007 (P.S. : les instructions en matière de facturation seront rappelées aux MSP dans le mois janvier 2007). Outre la politique des achats pour laquelle les MSP mettent à disposition des données et le prix [pour les médicaments remboursables : prix-INAMI des ambulants dans un hôpital ("1 astérisque" : prix conformément à l'arrêté ministériel du 29 décembre 1989) et pour les médicaments non-remboursables le prix réglé par le SPF Affaires économiques (=prix conformément à l'arrêté ministériel du 29 décembre 1989)] des médicaments effectivement délivrés, cette étude prendra également en considération la possibilité de substitution par des médicaments alternatifs et meilleur marché. De plus, il y a lieu de tenir compte de l'importance de la qualité et de la sécurité de la délivrance de médicaments (problème d'unit dose, molécule identique, identifiabilité et divisibilité). Les organismes assureurs s'engagent à transmettre les données de ces deux trimestres à l'Inami conformément aux instructions approuvées par la commission de conventions sur la proposition de la Commission Informatique.

S'il ressort de cette étude que le montant forfaitaire de 0.95 EUR n'est pas représentatif, ce montant peut à tout moment être adapté au moyen d'un avenant à la présente convention.

Si la Commission de conventions ne parvient réaliser cette étude pour le 30 septembre 2008 au plus tard, le montant forfaitaire sera relevé de 0.95 EUR à 1.06 EUR au 1er janvier 2009.

En outre, aux fins de stimuler une prescription, une délivrance et une consommation correctes des médicaments, la Commission de conventions examinera les possibilités d'élaborer des mesures d'encouragement auxquelles les MSP peuvent participer de leur plein gré et/ou imposer de nouvelles mesures obligatoires (à titre d'exemple, il est fait référence aux travaux des comités médico-pharmaceutiques dans les hôpitaux, aux missions du médecin coordonateur et consultant dans les MRS, au formulaire MRS, ...).

*Ajouté par avenant du 27/11/2008 d'application le 1/1/2009.*

## **Intervention personnelle dans le prix des médicaments**

Sur la base des résultats d'une étude effectuée sur la base de données de l'Agence Intermutualiste, la Commission de conventions MSP-OA a décidé de porter le forfait pour les médicaments à 1,20 euros, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2009.

L'organismes assureurs et les maisons de soins psychiatriques souhaitent suivre régulièrement les dépenses que ce forfait doit couvrir. Pour ce faire, l'INAMI s'engage à adapter les documents PH (il s'agit des tableaux statistiques semestriels non-cumulatifs relatifs aux produits pharmaceutiques qui sont délivrés dans les établissements de soins établis par catégorie, par produit et par établissement) afin qu'à l'avenir il dispose lui-même de ces informations.

Une fois par an, La Commission de conventions s'engage à analyser le montant du forfait sur la base des données des documents PH récoltés par les services de l'INAMI et, le cas échéant, à adapter le forfait.

Les organismes qui représentent les maisons de soins psychiatriques s'engagent en outre à inciter leurs membres à utiliser un formularium pharmacologique.

**Article premier** La présente convention définit les rapports financiers et administratifs entre, d'une part, les maisons de soins psychiatriques<sup>1</sup> et les bénéficiaires, et d'autre part, les organismes assureurs.

Elle fixe les modalités pour l'octroi des interventions visées à l'article 37, § 12, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

## **Fixation du prix**

### **Article 2.**

§ 1<sup>er</sup>. Le prix d'hébergement pour les personnes admises dans des maisons de soins psychiatriques est fixé par le ministre fédéral qui a la Santé publique dans ses attributions, conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 10 décembre 1990 fixant les règles pour la fixation du prix d'hébergement pour les personnes admises dans des maisons de soins psychiatriques.

§ 2. L'intervention de l'Etat dans le prix d'hébergement des maisons de soins psychiatriques<sup>2</sup> est établie par le ministre fédéral qui a la Santé publique dans ses attributions conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 17 décembre 2002 fixant les règles selon lesquelles une partie du prix d'hébergement des maisons de soins psychiatriques est mise à charge de l'Etat.

§ 3. L'intervention de l'assurance maladie-invalidité obligatoire pour les prestations dans les maisons de soins psychiatriques visées à l'article 34, 11<sup>o</sup>, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est fixée par le ministre fédéral qui a les Affaires sociales dans ses attributions.

## **L'intervention de l'assurance maladie-invalidité (AMI)**

*Art 3 remplacé par avenant du 27/11/2008 en vigueur le 1/1/2009<sup>3</sup>*

### **Article 3.**

L'intervention pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière est celle prévue à l'article 37, § 12 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 précitée couvrant le paquet de soins visé dans l'article 147 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

---

<sup>1</sup> visées à l'article 34, 11<sup>o</sup>, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

<sup>2</sup> visée à l'article 5, § 5, de la loi du 27 juin 1978.

<sup>3</sup> L'intervention visée à l'article 2, § 3, couvre :

- les soins dispensés par des praticiens de l'art infirmier;
- les prestations de kinésithérapie et les prestations de logopédie effectuées par les dispensateurs de soins qui sont compétents pour les effectuer ;
- l'assistance dans les actes de la vie journalière et tout acte de réactivation, de rééducation fonctionnelle psychiatrique et de réintégration sociale, y compris l'ergothérapie;
- les prestations de santé effectuées par des psychiatres et des neuropsychiatres dans des maisons de soins psychiatriques.

## Attestation du prix d'hébergement

### Article 4

§ 1<sup>er</sup> Les maisons de soins psychiatriques peuvent porter en compte le prix d'hébergement visé à l'article 2, § 1<sup>er</sup>, pour chaque journée d'hébergement comprenant au moins une nuit, c'est-à-dire une admission qui commence avant minuit et se termine après 8 heures le lendemain.

Sont comptés ensemble pour une seule journée d'hébergement, le jour d'entrée et le jour de sortie sauf dans les cas où les conditions suivantes sont réalisées conjointement : admission du bénéficiaire avant 12 heures le jour de son entrée et départ du bénéficiaire après 14 heures le jour de sa sortie.

Toutefois, si un bénéficiaire décède le jour même de son admission, le prix d'hébergement peut être porté en compte par la maison de soins psychiatriques.

Les notions de "jour d'entrée" et de "jour de sortie" sont définies compte tenu des dispositions des articles 147 à 153 bis de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

§ 2. Le bénéficiaire paie à la maison de soins psychiatriques une intervention personnelle dans le prix d'hébergement.

Cette intervention personnelle est le prix d'hébergement<sup>4</sup> diminué de l'intervention de l'Etat dans le prix d'hébergement<sup>5</sup>, et diminué de l'intervention de l'assurance<sup>6</sup>.

*Ajouté par 2ème avenant en vigueur le 1/7/2009<sup>7</sup>*

*Remplacé par 3ème avenant en vigueur au 01/01/2010<sup>8</sup>*

*3ème et 4ème alinéas remplacés par 4ème avenant en vigueur au 01/10/2013<sup>9</sup>*

Cette intervention personnelle dans le prix d'hébergement est réduit à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2013 d'une intervention forfaitaire supplémentaire de l'assurance maladie en vue d'améliorer l'accessibilité financière en MSP d'un montant :

- a) de 7,59 EUR par journée de séjour pour les bénéficiaires qui
  - soit ont dans le cadre de l'assurance soins de santé des personnes à charge ou bien sont obligés dans le cadre d'une décision judiciaire ou d'un acte notarié de verser une pension alimentaire ;

<sup>4</sup> visé à l'article 2, § 1<sup>er</sup>, de la présente convention.

<sup>5</sup> visé à l'article 2, § 2, de la présente convention.

<sup>6</sup> visé à l'article 2, § 3, de la présente convention.

<sup>7</sup> Entre en vigueur à partir de la date d'entrée en vigueur de la majoration du prix de la partie B1 de 2 EUR prévue à l'article 4 de l'arrêté royal du 10 décembre 1990 fixant les règles pour la fixation du prix d'hébergement pour les personnes admises dans les maisons de soins psychiatriques.

<sup>8</sup> Cette intervention personnelle dans le prix d'hébergement est diminuée à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2009 jusqu'au 31 décembre 2009 inclus d'une « intervention forfaitaire supplémentaire accordée par l'assurance maladie en vue d'améliorer l'accessibilité en MSP » à hauteur de 4 euros par bénéficiaire et par jour de séjour. Cette intervention est mise à charge de l'organisme assureur du bénéficiaire sur la note de frais sous le pseudocode 762775. Sur la facture destinée au patient, ce montant est expressément porté en déduction de l'intervention personnelle du patient dans le prix d'hébergement. Ce montant n'est pas lié à l'indice.

<sup>9</sup> Cette intervention personnelle dans le prix d'hébergement est diminuée à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2009 d'une « intervention forfaitaire supplémentaire accordée par l'assurance maladie en vue d'améliorer l'accessibilité en MSP » de 4 euros par bénéficiaire et par jour de séjour. Cette intervention est mise à charge de l'organisme assureur du bénéficiaire sur la note de frais sous le pseudocode 762775. Sur la facture destinée au patient, ce montant est expressément porté en déduction de l'intervention personnelle du patient dans le prix d'hébergement. Ce montant n'est pas lié à l'indice.

L'intervention de 4 euros est révisée à partir du moment où dans le cadre de l'accessibilité financière, l'arrêté royal fixant l'intervention de l'état<sup>9</sup> est adapté. Le budget de 9,6 millions d'euros est utilisé, intégralement ou non, pour l'accessibilité financière d'une façon éventuellement plus sélective.

- soit sont inscrits dans l'assurance soins de santé comme personnes à charge d'un titulaire.
- b) de 13,95 EUR par journée de séjour pour les bénéficiaires qui n'appartiennent pas à la catégorie a ci-dessus et ont en plus droit à l'intervention majorée<sup>10</sup>
- Et par ailleurs
- soit n'ont pas droit à une intervention d'intégration<sup>11</sup>,
  - soit ont droit à une intervention d'intégration de catégorie 1
- Et par ailleurs ont droit
- soit à une intervention d'intégration<sup>12</sup> comme travailleur irrégulier,
  - soit à une intégration sociale (revenu d'intégration)<sup>13</sup>
  - soit à une garantie de revenus pour personnes âgées<sup>14</sup>
- c) de 10,95 EUR par journée de séjour pour les bénéficiaires qui n'appartiennent pas à la catégorie a ci-dessus et par ailleurs ont droit à l'intervention majorée
- Et par ailleurs
- soit n'ont pas droit à une intervention d'intégration,
  - soit ont droit à une intervention d'intégration de catégorie 1
- Et par ailleurs
- soit n'ont pas droit à une indemnité d'invalidité,
  - soit ont droit à une indemnité d'invalidité autre que de travailleur irrégulier ;

<sup>10</sup> Intervention majorée telle que définie à l'article 37, § 1<sup>er</sup> et § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

<sup>11</sup> Intervention d'intégration comme définie dans la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées

<sup>12</sup> Catégories d'invalidité : arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 – Chapitre III, Section X, art 214 et 224

<sup>13</sup> Droit à l'intégration sociale (revenu d'intégration) comme définie dans la loi du 26 mai 2002 concernant le droit à l'intégration sociale

<sup>14</sup> Garantie de revenus pour personnes âgées comme définie dans la loi du 22 mars 2001 instituant la garantie de revenus aux personnes âgées

- d) de 8,25 EUR par journée de séjour pour les bénéficiaires qui n'appartiennent pas à la catégorie a ci-dessus et par ailleurs qui ont droit à l'intervention majorée  
Et par ailleurs ont droit à une intervention d'intégration de catégorie 2 ou 3  
Et par ailleurs ont droit à une indemnité d'invalidité comme travailleur irrégulier ;
- e) de 5,75 EUR par journée de séjour pour les bénéficiaires qui n'appartiennent pas à la catégorie a ci-dessus et ont par ailleurs droit à l'intervention majorée  
Et par ailleurs ont droit à une intervention d'intégration de catégorie 2 ou 3  
Et par ailleurs  
soit n'ont pas droit à une indemnité d'invalidité  
soit on droit à une indemnité d'invalidité autre que de travailleur irrégulier ;
- f) de 5,75 EUR par journée de séjour pour les bénéficiaires qui n'appartiennent pas à la catégorie a ci-dessus et par ailleurs ont droit à l'intervention majorée  
Et par ailleurs ont droit à une intervention d'intégration de catégorie 4 ou 5  
Et par ailleurs ont droit à une indemnité d'invalidité comme travailleur irrégulier ;
- g) de 4,75 EUR par journée de séjour pour les bénéficiaires qui n'appartiennent pas à la catégorie a ci-dessus et par ailleurs ont droit à l'intervention majorée  
Et par ailleurs ont droit à une intervention d'intégration de catégorie 4 ou 5  
Et par ailleurs  
soit n'ont pas droit à une indemnité d'invalidité  
soit ont droit à une indemnité d'invalidité autre que de travailleur irrégulier ;
- h) de 4,27 EUR par journée de séjour pour tous les bénéficiaires qui n'appartiennent pas aux catégories a, b, c, d, e, f ou g ci-dessus.

Cette intervention est mise à charge de l'organisme assureur sur la note de frais. Sur la facture du patient, ce montant est porté expressément en déduction de l'intervention personnelle du patient dans le prix d'hébergement.

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, le montant visé dans le présent article est adapté au 1er janvier de chaque année à l'évolution de la valeur de l'indice santé visé à l'article 1er dudit arrêté royal, entre le 30 juin de l'antépénultième année et le 30 juin de la pénultième année. A cette fin, la Commission de conventions constate, avec le même quorum que celui nécessaire en vue de la clôture d'une convention, que la marge budgétaire est suffisante.



**§ 3.** La maison de soins psychiatriques porte en compte les spécialités pharmaceutiques conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 7 mai 1991 fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des fournitures pharmaceutiques remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

La quote-part des bénéficiaires dans le coût des spécialités pharmaceutiques remboursables et le coût des spécialités pharmaceutiques non remboursables sont pris en charge par la maison de soins psychiatriques.

*Art 4, §3, alinéa 3, remplacé par avenant du 27/11/2008 en vigueur le 1/1/2009<sup>15</sup>*

*Art 4, §3, alinéa 3, remplacé par 3eme avenant en vigueur le 1/1/2010<sup>16</sup>*

Toutefois, par journée de séjour, le bénéficiaire paie à la maison de soins psychiatriques un montant forfaitaire d'1,20 euro comme fixé dans l'arrêté royal de 10 novembre 2009 fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires séjournant dans une maison de soins psychiatriques dans le coût des spécialités pharmaceutiques remboursables et non remboursables.

## **Facturation des journées de congé individuel**

### **Article 5.**

*Art 5, §1, remplacé par 3ème avenant en vigueur le 1/1/2010<sup>17</sup>*

**§ 1<sup>er</sup>.** Pour la réinsertion du patient, des journées de congé individuel sont accordées aux bénéficiaires hébergés. Les maisons de soins psychiatriques peuvent porter en compte ces journées de congé aux organismes assureurs à concurrence d'un maximum de 48 jours de congé par année civile et par bénéficiaire, à raison de 4 jours par mois civil d'hébergement entamé.

Une période continue de congé individuel ne peut excéder deux semaines, ni se situer en fin de séjour.

En cas de sortie et de réadmission dans les 90 jours le nombre de jours de congés non pris est reporté sur la nouvelle période.

En outre, la maison de soins psychiatriques est tenue d'assurer la continuité de la fourniture des produits pharmaceutiques au bénéficiaire pendant ces journées de congé individuel.

**§ 2.** Pour les journées de congé individuel, il peut être porté en compte,

- au bénéficiaire, d'une part, la contribution personnelle dans le prix d'hébergement tel que visé à l'article 4, § 1<sup>er</sup>, diminué de 6,20 EUR (lié à l'indice pivot 116.15 – base = 1996), et
- aux organismes assureurs, d'autre part, l'intervention de l'Etat dans le prix d'hébergement telle que prévue à l'article 2, § 2, de la présente convention ainsi que l'intervention de l'assurance visée à l'article 3, § 1<sup>er</sup>, de la présente convention.

---

<sup>15</sup> Toutefois, par journée de séjour, le bénéficiaire paie à la maison de soins psychiatriques un montant forfaitaire de 0,95 EUR en vue de couvrir aussi bien la quote-part personnelle dans le coût des spécialités pharmaceutiques remboursables que celle dans le coût des spécialités pharmaceutiques non remboursables.

<sup>16</sup> Toutefois, le bénéficiaire paie un montant forfaitaire de 1,20 euros par journée d'hospitalisation à la maison de soins psychiatriques pour couvrir tant l'intervention personnelle des spécialités pharmaceutiques remboursables que le coût des spécialités pharmaceutiques non-remboursables.

<sup>17</sup> §1. Pour la réinsertion du patient, des journées de congé individuel sont accordées aux bénéficiaires hébergés. Les maisons de soins psychiatriques peuvent porter en compte ces journées de congé aux organismes assureurs à concurrence d'un maximum de 48 jours de congé par année civile et par bénéficiaire, à raison de 4 jours par mois civil d'hébergement entamé.

Une période continue de congé individuel ne peut excéder deux semaines, ni se situer en fin de séjour.

En outre, la maison de soins psychiatriques est tenue d'assurer la continuité de la fourniture des produits pharmaceutiques au bénéficiaire pendant la durée de ce congé.

## **Facturation de séjours de vacances collectifs**

### **Article 6.**

§ 1<sup>er</sup>. Peuvent être octroyés aux bénéficiaires hébergés dans les maisons de soins psychiatriques, des séjours de vacances collectifs organisés et dirigés par les maisons de soins psychiatriques et sous la responsabilité de celles-ci, à concurrence d'un maximum de 2 semaines par année civile. Pour ces jours de vacances collectifs, la maison de soins psychiatriques peut porter en compte le prix d'hébergement normal, conformément aux articles 2 et 3 de la présente convention.

Une période continue de camp de vacances collectif ne peut se situer en fin de séjour.

## **Facturation de journées d'absence**

### **Article 7.**

§ 1<sup>er</sup>. La maison de soins psychiatriques informe les organismes assureurs, lors de l'introduction de la facturation, de toute journée d'absence des bénéficiaires hébergés, et ce tant pour le congé individuel que pour le séjour de vacances collectif.

§ 2. Les maisons de soins psychiatriques doivent tenir à jour un registre dans lequel sont mentionnées, par résident, toutes les journées d'absence pour lesquelles une intervention est accordée ou non. En cas de camp de vacances collectif, il y a lieu de préciser également le lieu de séjour.

### **Article 8.**

§ 1<sup>er</sup>. La demande d'intervention pour soins et assistance dans les actes courants de la vie journalière ainsi que la demande de prolongation et la notification de fin d'hébergement doivent être adressées à l'organisme assureur conformément aux dispositions des articles 147 à 153bis de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

§ 2. Le paiement de l'intervention visée à l'article 3, § 1<sup>er</sup>, est subordonné à l'accord du médecin-conseil qui en fixe la date de début et la durée de validité conformément aux dispositions des articles 147 à 153bis de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

### **Article 9.**

§ 1<sup>er</sup>. L'organisme assureur s'engage à payer les interventions, conformément à l'article 2, § 2 et 3, directement à la maison de soins psychiatriques. Est en vigueur, pour l'application de ce régime du tiers payant, la réglementation telle que prévue à l'arrêté royal du 10 octobre 1986 portant exécution de l'article 34quater, alinéa 4, de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité.

§ 2. Pour autant que la facture trimestrielle dont le modèle est établi par le Comité de l'assurance, sur proposition de la Commission de conventions, soit introduite au plus tard le 20 du premier mois du trimestre civil suivant celui auquel elle se rapporte, l'organisme assureur verse à la maison de soins psychiatriques moyennant introduction par cette dernière, au plus tard le 15 du deuxième mois du trimestre précité, d'une facture provisoire servant de note d'échéance, une somme égale à la moitié du

montant de la facture trimestrielle susvisée. L'organisme assureur en effectue le paiement au plus tard le 1<sup>er</sup> du troisième mois du trimestre civil considéré. La somme ainsi versée est déduite du montant porté en compte sur la facture immédiatement postérieure. Le modèle de la note d'échéance est annexé à la présente convention.

Pour le premier trimestre qui est considéré à partir de l'adhésion de l'établissement à la présente convention, l'organisme assureur peut verser au plus tard le 1<sup>er</sup> du troisième mois à l'établissement, pour autant que celui-ci ait introduit une note provisoire servant de note d'échéance au plus tard le 15 du deuxième mois de ce trimestre, une somme qui est égale à la moitié du montant de cette note provisoire.

#### **Article 10.**

La maison de soins psychiatriques s'engage à fournir aux organismes assureurs les documents qui leur sont nécessaires au remboursement des frais afférents au séjour et au contrôle des dispositions légales, réglementaires ou conventionnelles en la matière.

#### **Article 11.**

La maison de soins psychiatriques s'engage à permettre aux médecins-conseils des organismes assureurs, aux personnes mandatées par eux et aux médecins-inspecteurs du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité d'effectuer les visites qu'ils jugent utiles pour l'accomplissement de leur mission.

#### **Article 12.**

Sans préjudice des dispositions légales en la matière, tout différend portant sur l'application de la convention relève de la compétence de la Commission chargée de négocier et de conclure les conventions entre les organismes assureurs et les maisons de soins psychiatriques.

#### **Article 13.**

§ 1<sup>er</sup>. En cas de dépassement des prix et montants prévus à la présente convention nationale, la maison de soins psychiatriques qui y a adhéré, est tenue de verser à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, à titre de clause pénale, une indemnité égale à trois fois le montant de ce dépassement, avec un minimum de 125 EUR.

§ 2. En cas d'infractions autres que celles prévues au § 1<sup>er</sup>, la maison de soins psychiatriques ou l'organisme assureur est tenu de verser à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, à titre de clause pénale, une indemnité forfaitaire de 125 EUR par infraction.

§ 3. Les sanctions prévues aux §§ 1<sup>er</sup> et 2, du présent article sont prononcées par la Commission chargée de négocier et de conclure les conventions entre les organismes assureurs et les maisons de soins psychiatriques.

#### **Article 14.**

L'objectif budgétaire des montants prévus aux articles 2 et 3 de la présente convention est fixé sur la base des dispositions légales et réglementaires en vigueur en la matière.

Conformément à l'article 51, § 2, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, les mécanismes suivants peuvent entrer en action dès qu'il est constaté que l'objectif budgétaire annuel partiel est dépassé ou risque d'être dépassé :

- les parties contractantes proposent après analyse du dépassement ou du risque de dépassement, des mesures de corrections spécifiques qui tiennent compte des causes de ce dépassement;
- en l'absence de propositions de mesures sélectives ou en cas d'insuffisance desdites mesures, une réduction linéaire immédiate et automatique des montants prévus à l'article 2, § 3, sera appliquée. La somme des pourcentages de réduction appliqués au cours d'une même année civile ne peut dépasser 5 % des montants susmentionnés.

La diminution de l'intervention de l'assurance devra en tout cas s'accompagner de l'adaptation de la réglementation relative aux normes en matière de personnel et/ou au nombre de places agréées applicable aux maisons de soins psychiatriques.

Si dans un délai d'un mois suivant la date fixée pour l'entrée en vigueur des économies structurelles visées à l'article 40, § 1<sup>er</sup>, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 susvisée ou de celles envisagées à l'article 18 de la même loi, le Conseil général constate que ces mesures ne sont pas appliquées, il sera procédé d'office à une réduction automatique et immédiate du montant de l'intervention visée aux articles 2 et 3 ; une circulaire informera les établissements et les organismes assureurs de cette réduction qui entre en vigueur le premier jour du deuxième mois suivant la mise en application des économies visées.

L'application des mesures de correction visées aux alinéas 2 et 3 ne peut être invoquée, ni par une des parties ayant conclu la convention, ni par le dispensateur de soins individuel qui y adhère, pour dénoncer cette convention.

*Art 15 remplacé par 3ème avenant en vigueur le 01/01/2010<sup>18</sup>*

#### **Article 15.**

La convention est tacitement reconductible d'année en année, sauf dénonciation avant le 1<sup>er</sup> novembre au moyen d'une lettre recommandée à la poste, adressée au Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité. La convention nationale peut être dénoncée par au moins trois quarts des membres d'un des deux groupes représentés au sein de la commission chargée de négocier et de conclure les conventions avec les maisons de soins psychiatriques.

L'adhésion individuelle vaut pour la durée de la convention. Les établissements 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 l'avenant, censés maintenir leur adhésion à la présente convention.

---

<sup>18</sup> *La présente convention produit ses effets le 1er janvier 2007.*

*Elle est valable jusqu'au 31 décembre 2009 et n'est pas tacitement reconductible. Elle peut toutefois être dénoncée avant le 1er novembre 2008 par une lettre recommandée adressée au Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité. La convention nationale peut être dénoncée par au moins trois quarts des membres d'un des deux groupes représentés au sein de la commission chargée de négocier et de conclure les conventions avec les maisons de soins psychiatriques ; dans ce cas, la convention expirera au 1er janvier 2009.*

*L'adhésion individuelle vaut pour la durée de la convention. Les établissements hospitaliers 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 l'avenant, censés maintenir leur adhésion à la présente convention.*

*En outre, la présente convention prend fin automatiquement et de plein droit dès l'entrée en vigueur d'une nouvelle convention conclue au sein de la Commission de conventions.*

En outre, la présente convention prend fin automatiquement et de plein droit dès l'entrée en vigueur d'une nouvelle convention conclue au sein de la Commission de conventions.

Institution visée à l'article 34, 11°, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

**NOTE D'ECHEANCE N°**

.....

**Maison de soins psychiatriques**

Identification de l'établissement :
Dénomination :
Adresse :
Code postal – Commune :
Numéro d'agrément :

Identification de l'organisme assureur :
Dénomination :
Adresse :

Note d'échéance relative au                      trimestre 20....

Date d'introduction de la présente note d'échéance	:	.....
Date d'introduction de la note de frais récapitulative du trimestre précédent	:	.....
50 % du montant de la note de frais récapitulative du trimestre précédent	:	.....
Date limite de paiement par l'organisme assureur	:	.....

Le Directeur de l'établissement,  
(Date, nom et signature)

A payer au compte :  
Avec la référence :