

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 DE REEDUCATION FONCTIONNELLE ENTRE LE COMITE DE L'ASSURANCE SOINS DE SANTE DE L'INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE ET L'ASBL XXXX, POUR L'UNITE DE REPIT « XXXX » A XXXX

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 et 34, 7° ;

sur proposition du Collège des médecins-directeurs institué auprès du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité ;

il est convenu ce qui suit entre,

d'une part,

le Comité de l'assurance soins de santé institué auprès du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité,

et d'autre part,

l'ASBL XXXX, pour l'unité de répit « XXXX », à XXXX.

Article 1 L'unité de répit « XXXX », à XXXX, est un établissement de rééducation au sens de l'article 23, § 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Elle est désignée dans la présente convention par l'expression « *unité de répit* » ou par le mot « *unité* ».

Article 2 § 1 La présente convention définit les rapports entre, d'une part, l'unité et, d'autre part, les bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé, l'INAMI et les organismes assureurs, en ce qui concerne notamment les bénéficiaires de la convention, le programme de soins, la prestation prévue par cette convention, les moyens mis en œuvre pour réaliser cette prestation, son prix et les modalités de paiement de ce prix.

§ 2 Les frais de fonctionnement de l'unité sont couverts par plusieurs sources de revenus :

- L'intervention de l'assurance dans les prestations visées par la présente convention, à concurrence du montant par prestation fixé à l'article 22, § 1, avec un nombre maximum de prestations facturables par an, tel que fixé à l'article 24, § 1.
- L'intervention de l'assurance dans les prestations réalisées dans le cadre de la nomenclature des prestations de santé, conformément à l'article 29, § 1, de la présente convention).
- L'intervention de la Région ou Communauté compétente dans les frais immobiliers.

Ces sources de revenus peuvent être complétées par :

- D'éventuelles autres interventions des pouvoirs publics dans des frais qui ne sont pas couverts par les interventions précédentes.
- Les revenus engendrés par certaines activités telles que l'organisation de festivités, des ventes au profit de l'unité...
- Les dons et le mécénat...

Le forfait prévu par la présente convention et l'enveloppe annuelle totale correspondant au nombre de prestations facturables par an à l'assurance soins de santé ne couvrent qu'une partie des frais de fonctionnement de l'unité. Néanmoins, par la conclusion de cette convention, l'unité s'engage à respecter l'ensemble de ses dispositions, quelle que soit l'origine des revenus affectés au financement des frais occasionnés par le respect de ces dispositions.

I. BENEFICIAIRES DE LA CONVENTION

Article 3 § 1 Tout bénéficiaire au sens de la présente convention est un bénéficiaire de l'assurance soins de santé et indemnités qui répond à toutes les conditions suivantes :

1. Il n'a pas atteint son 19^e anniversaire au début de la période d'intervention de l'assurance, fixée en application de l'article 23.
2. Il appartient à un des groupes-cible suivants :
 - 2.1. *Groupe 1* : Enfants présentant une condition pathologique qui peut entraîner une mort prématurée et dont le traitement intensif prolongé peut échouer. (Exemples : cancer, atteinte cardiaque, rénale ou hépatique importante...)
 - 2.2. *Groupe 2* : Enfants présentant une condition pathologique qui entraîne inévitablement une mort prématurée. Ces enfants peuvent avoir besoin de longues périodes de traitements intensifs destinés à prolonger leur vie et à leur permettre de participer à des activités normales pour des enfants de leur âge. (Exemples : fibrose kystique, dystrophie musculaire...)
 - 2.3. *Groupe 3* : Enfants présentant une condition pathologique progressive sans espoir de guérison. Les traitements offerts à ces enfants sont uniquement palliatifs et peuvent s'étendre sur plusieurs années. (Exemples : maladie de Bat-ten, mucopolysaccharidose...)
 - 2.4. *Groupe 4* : Enfants présentant une condition pathologique non progressive accentuant leur vulnérabilité et accroissant les risques de complications non prévisibles avec détérioration sévère de leur état. (Exemples : accidents avec atteintes neurologiques, paralysie cérébrale grave...)
 - 2.5. *Groupe 5* : Nouveau-nés dont la survie est fortement menacée.
3. Il est soigné à domicile et reçoit des soins médicaux fréquents et contraignants.

Le fait que le bénéficiaire répond aux conditions des points 2 et 3 ci-dessus est établi de manière probante dans le rapport médical visé à l'article 23, § 1.

§ 2 Tout bénéficiaire est admis sur prescription de son médecin traitant.

§ 3 Si elle en a la possibilité, l'unité peut accueillir les proches du bénéficiaire. Ceux-ci ne sont cependant pas considérés comme bénéficiaires au sens de la présente convention. Les frais liés à leur séjour dans l'unité ne sont pas couverts par la convention, comme stipulé à l'article 31, § 2.

II. OBJECTIFS DES UNITES DE REPIT

Article 4 Le traitement à domicile d'un enfant ou d'un adolescent qui souffre d'une maladie grave et qui a besoin de soins médicaux lourds affecte non seulement sa propre vie, mais aussi celle de ses proches. Les unités de répit ont pour premier objectif de permettre aux parents et aux proches de faire une pause durant la période de traitement à domicile de leur enfant, en accueillant ce dernier pour un séjour médicalisé de courte durée. Elles évitent ainsi que le patient doive être hospitalisé sans nécessité médicale directe, en raison d'un épuisement ou d'une défaillance familiale temporaire, d'une intensification ou d'une complexification temporaire des soins...

Pendant le séjour, les unités de répit garantissent la continuité des soins spécialisés dont les patients ont besoin. Elles tiennent compte du fait que la plupart de ces patients ont déjà vécu de nombreuses admissions dans des établissements de soins qui les ont éloignés de leur domicile et séparés de leur famille, et elles mettent tout en œuvre pour atténuer les conséquences psychologiques du séjour. Elles offrent à leurs patients une ambiance proche de la vie familiale ou d'un séjour dans un centre de loisirs, un cadre agréable et des divertissements adaptés à leur âge et à leur condition de santé.

III. PRESTATION ET PROGRAMME DISPENSES PAR L'UNITE

3.1. Prestation

Article 5 La prestation prévue par la présente convention est dénommée « journée interne ». Elle implique la présence d'un bénéficiaire dans l'unité durant au moins 7 heures, entre 7 et 22 h, et durant la nuit qui précède ou la nuit qui suit, chaque nuit étant comptée une seule fois. En cas de décès du bénéficiaire durant une journée dans l'unité, le jour du décès est pris en compte comme journée interne, même si les conditions de durée ou d'inclusion d'une nuit ne sont pas remplies.

3.2. Programme

3.2.1. Vie dans l'unité

Article 6 § 1 Le séjour du bénéficiaire dans l'unité fait souvent partie d'une histoire personnelle marquée par des admissions répétées dans des établissements de soins. L'unité met tout en œuvre pour éviter que ce séjour soit perçu comme « une hospitalisation de plus », ou comme une mise à l'écart de la famille. Elle offre au bénéficiaire un cadre agréable et crée une ambiance proche d'une vie familiale ou d'un séjour dans un centre de loisirs. Elle lui propose des divertissements adaptés à son âge et à sa condition de santé, et lui donne autant la possibilité de participer à des activités de groupe que de se divertir seul en préservant son intimité.

§ 2 Si l'unité dispose de places pour les proches (parents, fratrie...), elle veille à maintenir la cohésion de la cellule familiale, en accueillant le bénéficiaire et ses proches dans un appartement familial ou dans des chambres contiguës.

3.2.2. Continuité et dispensation des soins

Article 7 § 1 Le jour de l'admission, au plus tard, l'unité établit un dossier de liaison comportant au moins

- les coordonnées du bénéficiaire et de ses proches,
- la mention exhaustive des soins qui lui sont couramment dispensés, en ce compris les dernières admissions dans un hôpital ou dans un établissement de rééducation fonctionnelle,
- pour chacun de ces soins, les coordonnées des personnes de contact (telles que : prescripteurs, dispensateurs, responsables de service...)

Le médecin coordinateur de l'unité (article 15, § 1) prend contact avec le médecin généraliste du bénéficiaire et avec le ou les médecins spécialistes qui suivent usuellement le bénéficiaire, afin de planifier avec eux le traitement durant le séjour dans l'unité. Il les invite à participer aux réunions hebdomadaires de l'équipe multidisciplinaire au cours desquelles le cas du bénéficiaire est discuté (article 16).

Lorsque la situation du bénéficiaire le justifie, il prend également contact avec les éventuels autres dispensateurs de soins qui le suivent : praticien infirmier ou service de soins à domicile, kinésithérapeute, logopède, établissement de rééducation fonctionnelle...

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

Article 8 § 1 Le médecin coordinateur supervise le traitement au cours du séjour du bénéficiaire dans l'unité. Il veille à sa bonne administration et à sa bonne observance. Il garantit la parfaite continuité des soins en poursuivant le traitement instauré avant l'admission. Sauf situation d'urgence, il s'abstient d'y apporter des modifications sans consulter au préalable le médecin qui a instauré ou qui suit habituellement ce traitement.

§ 2 L'équipe thérapeutique de l'unité a les qualifications requises pour traiter tous les bénéficiaires qui répondent à la définition de l'article 3, § 1. Elle est en mesure de dispenser les soins usuels pour tous les types de patients qui entrent dans ce groupe-cible. En cas de soins spécialisés pour lesquels elle n'a pas les qualifications requises, l'unité fait appel à un dispensateur de soins extérieur, si possible le dispensateur habituel du bénéficiaire, ou à défaut un dispensateur de soins avec lequel elle a conclu un accord de collaboration.

Article 9 § 1 La présence d'un/e infirmière/er est assurée 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. L'unité prend toutes les mesures utiles pour ne pas être amenée à fonctionner sans présence infirmière.

§ 2 Les horaires du personnel thérapeutique sont fixés de manière à ce que les soins soient dispensés au bénéficiaire au moment où son traitement le justifie.

Article 10 En cas de crise aiguë justifiant une hospitalisation, si le bénéficiaire peut être transporté, il est toujours adressé à l'hôpital qui le traite habituellement. Le médecin coordinateur de l'unité prend contact avec le médecin traitant et avec la personne de contact de l'hôpital pour organiser l'admission.

Si la condition médicale du bénéficiaire empêche son transport jusqu'à son hôpital habituel, il est adressé à un hôpital proche de l'unité. Le médecin coordinateur de l'unité informe aussitôt le médecin traitant. L'unité conclut avec un ou plusieurs hôpitaux proches des accords de collaboration qui décrivent la procédure d'admission, afin que tout bénéficiaire puisse être immédiatement pris en charge par le service le plus qualifié pour traiter l'urgence.

Article 11 A la fin du séjour du bénéficiaire dans l'unité, le médecin coordinateur établit un rapport à l'attention du médecin généraliste du bénéficiaire, et du ou des médecins spécialistes qui suivent le bénéficiaire pour la pathologie justifiant l'admission. En cas d'évolution de la condition médicale du bénéficiaire et/ou de son traitement, il informe également les autres dispensateurs de soins concernés.

L'unité prend toutes les mesures utiles pour que les dispensateurs de soins qui interviennent régulièrement auprès du bénéficiaire soient informés en temps voulu de la date de sa sortie.

3.2.3. Durée et fréquence des séjours

Article 12 Un même bénéficiaire peut séjourner dans l'unité, dans le cadre de la présente convention, durant un maximum de 32 jours par année civile (du 1^{er} janvier au 31 décembre).

IV. FONCTIONNEMENT DE L'UNITE

4.1. **Capacité**

Article 13 L'unité est ouverte 365 jours par année civile. Sauf application de l'article 38 relatif aux dispositions transitoires, elle peut accueillir chaque jour en moyenne 10 bénéficiaires, avec un maximum de 12 bénéficiaires, à charge ou non de l'assurance obligatoire soins de santé.

4.2. **Cadre du personnel**

Article 14 Le cadre du personnel de l'unité comprend au moins les fonctions suivantes, exercées chacune par une ou plusieurs personnes, répondant aux conditions fixées à l'article 15 :

1. Médecin spécialiste.
2. Psychologue.
3. Infirmier/ère.
4. Animateur.
5. Support administratif et logistique.

Article 15 § 1 La fonction de médecin spécialiste (article 14, point 1) est exercée par au moins un médecin spécialisé en pédiatrie et éventuellement par d'autres médecins pouvant avoir d'autres spécialités. A titre d'exception, un de ces médecins peut être un médecin généraliste titulaire d'un *diplôme d'études spécialisées en soins continus et palliatifs*.

Un et un seul médecin exerce la fonction de coordinateur. En plus des tâches découlant de sa fonction de médecin spécialiste, il assume la direction médicale de l'équipe multidisciplinaire pour tout ce qui concerne l'application de la présente convention.

Il est en particulier responsable de

- la coordination de l'équipe multidisciplinaire,
- la continuité, la qualité et la bonne organisation des soins dispensés,
- l'expérience, la compétence et la formation continue de chaque membre de l'équipe thérapeutique dans la fonction qu'il exerce en application de la convention,

Il a une voix prépondérante dans le recrutement et la sélection des membres de l'équipe multidisciplinaire.

§ 2 Le ou les titulaires de la fonction de psychologue sont des licenciés (masters) en psychologie ayant une formation ou une expérience professionnelle démontrées en matière de prise en charge d'enfants ou adolescents atteints d'une maladie chronique ou présentant un handicap.

§ 3 Les titulaires de la fonction d'infirmier/ère sont des gradué(e)s (bacheliers). Ils ont une spécialisation en pédiatrie ou une expérience professionnelle démontrée dans un service de soins qui prend en charge des enfants ou adolescents.

§ 4 Le ou les titulaires de la fonction d'animateur sont des éducateurs spécialisés gradués (bacheliers), ou des gradués (bacheliers) en sciences humaines avec une expérience professionnelle de l'animation de groupes d'enfants ou d'adolescents.

§ 5 Le ou les titulaires de la fonction de secrétaire sont formés pour accueillir adéquatement les bénéficiaires et leurs proches.

Article 16 L'équipe thérapeutique multidisciplinaire se réunit au moins une fois par semaine. Ces réunions contribuent à la cohérence de son fonctionnement et de ses interventions auprès de bénéficiaires ainsi qu'au partage et à la mise à jour des connaissances de ses membres dans toutes les matières utiles. Elles sont placées sous la supervision du médecin coordinateur.

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

Article 17 Les fonctions énumérées à l'article 14, sont remplies, dans le cadre de la présente convention, durant les nombres minimums d'heures par semaine fixés dans le tableau ci-dessous.

| Fonctions | ETP | h./sem. |
|------------------------------------|-------|---------|
| Médecin (art. 14, 1.) | 0,20 | 7h36 |
| Psychologue (art. 14, 2.) | 0,75 | 28h30 |
| Infirmier/ère (art. 14, 3.) | 6,00 | 228h00 |
| Animateur A1 (art. 14, 4.) | 2,00 | 76h00 |
| Thérapeute à déterminer | 0,75 | 28h30 |
| Support (art. 14, 5.) | 1,50 | 57h00 |
| TOTAL | 11,20 | 425h36 |

Les durées minimales pendant lesquelles une fonction ou un groupe de fonctions sont remplis, s'obtiennent en sommant les temps de travail dans le cadre de la convention de toutes les personnes qui sont titulaires de la fonction ou groupe de fonctions concernées. Par temps de travail dans le cadre de la convention, on entend le temps effectivement consacré à la réalisation des prestations prévues par la convention ou des tâches directement liées à la réalisation de ces prestations, en la présence ou hors de la présence des bénéficiaires.

Pour la fonction de médecin, le temps de travail repris dans ce tableau ne concerne que les actes qui ne sont pas couverts par la nomenclature des prestations de santé, tels que les contacts avec les prestataires de soins extérieurs, la supervision des programmes thérapeutiques pour tous les actes réalisés hors de la présence des bénéficiaires, les activités de coordination de l'équipe thérapeutique... Les actes prévus par la nomenclature des prestations de santé sont réalisés et financés dans ce cadre.

Le nombre d'ETP pour un *thérapeute à déterminer* correspond à un nombre d'heures par semaine qui doit être attribué à du personnel thérapeutique. Selon ses besoins, l'unité peut affecter ce temps à un seul thérapeute ou le répartir entre plusieurs thérapeutes, mais elle doit toujours l'affecter en totalité, à un ou plusieurs membres du personnel explicitement désignés, dans le cadre de la présente convention.

Article 18 § 1 L'unité s'engage à prendre sans délai toutes les dispositions afin de compléter le cadre du personnel pour toute fonction qui serait vacante, en tout ou en partie, temporairement (pour cause de maladie, interruption de carrière, congé sans solde...) ou définitivement (pour cause de licenciement, démission...) Elle n'est toutefois pas tenue de compléter le cadre du personnel pour une fonction laissée vacante par un membre du personnel licencié, au cours de la période de préavis légal rémunéré, ou par un membre du personnel absent pour maladie, au cours de la période légale de salaire garanti, tant qu'elle rémunère effectivement ce membre du personnel.

Si des membres du personnel en fin de carrière sont dispensés de prestations de travail conformément aux dispositions de la CCT en la matière, cette dispense doit être compensée par de nouveaux engagements ou par une augmentation de la durée du temps de travail d'autres membres du personnel, en tenant compte des qualifications prévues pour chaque fonction. Le financement de cette occupation compensatoire, bien que non réglé par la présente convention, ne peut pas entrer en contradiction avec celle-ci.

§ 2 L'unité tient à jour un relevé complet des membres du personnel qu'elle emploie réellement. Ce relevé indique à tout moment l'identité de chaque membre du personnel, sa fonction, ainsi que son temps de travail et son horaire heb-

domadaire dans le cadre de la convention. Ce relevé doit pouvoir être présenté immédiatement lors de la visite d'un représentant de l'INAMI ou d'un organisme assureur.

Un récapitulatif de l'évolution du cadre du personnel de l'unité, au cours de l'année précédente (reprenant l'identité de chaque membre du personnel, sa fonction, et son temps de travail), est établi selon un modèle qui peut être défini par le Service des soins de santé. Il est adressé chaque année à ce Service, avec la comptabilité prévue à l'article 33.

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

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

Article 19 § 1 L'unité s'engage à rémunérer les membres de son personnel visés à l'article 17, au moins sur base des barèmes des médecins-conseil pour les médecins, et des barèmes de la CCT établie par la commission paritaire 330 des établissements et des services de santé pour le personnel des hôpitaux, pour les autres membres du personnel.

L'unité s'engage également à accorder aux membres du personnel concernés les avantages prévus dans le cadre de nouvelles dispositions prises au sujet des barèmes qui leur sont applicables, lorsque leur coût est intégré par le Comité de l'assurance soins de santé de l'I.N.A.M.I. dans le montant du forfait.

§ 2 Si une fonction prévue au sein du cadre du personnel est occupée de façon contractuelle par un médecin ou un thérapeute indépendant, l'unité s'engage à payer pour ses prestations des honoraires au moins égaux à la charge salariale totale de la personne concernée si elle possédait le statut de salarié. La charge salariale totale précitée comporte, outre la rémunération brute, entre autres, le supplément pour heures irrégulières, le pécule de vacances, l'ensemble des primes et cotisations patronales à l'O.N.S.S., l'assurance loi...

§ 3 Le Comité de l'assurance soins de santé n'est pas considéré comme partie dans les contrats de travail qui lient l'unité et les membres de son personnel.

Article 20 Le cadre du personnel prévu à l'article 17 est le cadre minimal du personnel rémunéré par l'unité. Si la dispensation dans des conditions optimales des prestations et programme définis par les articles 5 à 11 requiert plus de personnel que ce qui est fixé par cet article 17, l'unité s'engage à disposer de ce personnel supplémentaire et à y faire appel dès qu'il est requis.

Ce personnel supplémentaire peut travailler sous statut d'employé, d'indépendant ou de bénévole. S'il travaille sous statut d'employé ou d'indépendant, les dispositions de l'article 19 lui sont applicables.

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

5.1. Intervention de l'assurance

Article 21 L'intervention de l'assurance dans le coût ou « prix » de toute prestation de rééducation réalisée en application de la présente convention est un forfait qui couvre une partie des frais engendrés par la réalisation de cette prestation en faveur d'un bénéficiaire, comme mentionné à l'article 2, § 2. L'intervention de l'assurance est due pour toute prestation qui respecte les conditions prévues par la convention.

Article 22 § 1 Sauf application de l'article 38 relatif aux dispositions transitoires, le montant de l'intervention de l'assurance est fixé à :

| | |
|--------------------------|--------|
| | total |
| Journée interne (en EUR) | 213,09 |

§ 2 La totalité de ce montant est liée à l'indice pivot 110,51 au 01.09.2008 (base 2004) des prix à la consommation. Elle est adaptée selon les dispositions de la loi du 1^{er} mars 1977 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation du Royaume pour certaines dépenses dans le secteur public.

§ 3 Le montant d'intervention de l'assurance dans les honoraires et prix de la journée interne est égal au montant fixé à l'article 22, § 1, 1^o, diminué de l'intervention personnelle du bénéficiaire, fixée en application des dispositions de l'arrêté royal du 5 mars 1997 fixant le montant de la réduction de l'intervention de l'assurance en cas d'hospitalisation ou de séjour dans un établissement de rééducation.

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

Article 23 § 1 Pour tout bénéficiaire, l'intervention de l'assurance dans le coût des prestations de rééducation est subordonnée à un accord préalable du Collège des médecins-directeurs ou du médecin-conseil de l'organisme assureur auquel le bénéficiaire est affilié ou inscrit, conformément aux dispositions des articles 138, 139 et 142, § 2, de l'A.R. du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

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

§ 2 En cas d'accord, l'instance compétente fixe les dates de début et de fin de la période d'intervention de l'assurance, correspondant à la date de début et de fin du séjour demandé.

§ 3 L'unité s'engage à informer le bénéficiaire et à l'aider dans les démarches à accomplir.

5.3. Capacité et modalités de facturation des prestations de rééducation

Article 24 § 1 Au cours d'une année civile, le nombre de prestations réalisées par l'unité qui peuvent donner lieu à une intervention de l'assurance dépend de ses capacités de facturation.

La « capacité réalisable » de l'unité est fixée à 3.650 journées internes (10 bénéficiaires x 365 jours x 100%).

Sa « capacité normale de facturation » est fixée à 90% de la capacité réalisable, soit 3.285 journées internes.

Sa « capacité maximale de facturation » est fixée à 98% de la capacité réalisable, soit 3.577 journées internes.

§ 2 L'unité s'engage à ne facturer aucune prestation de rééducation fonctionnelle aux bénéficiaires ou aux organismes assureurs au-delà de sa capacité maximale de facturation.

§ 3 Pour toute prestation facturable réalisée au-delà de sa capacité normale de facturation au cours d'une année civile déterminée, l'unité s'engage à facturer des prix réduits s'élevant, soit à 50%, soit à 25% des prix pleins des prestations, en fonction du nombre de journées remboursables réalisées au cours des années civiles précédentes.

Ces prix réduits s'élèvent à :

1. 50% des prix pleins :
 - a. si l'unité n'a pas réalisé plus de l'équivalent de 3.285 journées de rééducation internes remboursables, au cours de l'année civile qui précède l'année civile considérée,

et

 - b. si, depuis la dernière année civile au cours de laquelle elle n'a pas réalisé plus de l'équivalent de 3.285 journées de rééducation internes remboursables, elle n'a jamais réalisé plus de l'équivalent de 3.431 journées de rééducation internes remboursables ;
2. 25% du prix normal des prestations de rééducation fonctionnelle :
 - a. si, au cours de l'année civile qui précède immédiatement l'année civile considérée, l'unité a réalisé plus de l'équivalent de 3.431 journées de rééducation internes remboursables,

ou

 - b. si elle a réalisé plus de l'équivalent de 3.431 journées de rééducation internes remboursables au cours d'au moins une année civile, depuis la der-

nière année civile au cours de laquelle elle n'a pas réalisé plus de l'équivalent de 3.285 journées de rééducation internes remboursables.

§ 4 Les prestations de rééducation fonctionnelle portées en compte aux organismes assureurs belges pour des patients à charge d'un organisme assureur étranger, sont prises en compte dans le calcul des capacités normale et maximale de facturation.

§ 5 Les prestations de rééducation fonctionnelle réalisées par l'unité pour des patients qui ne sont pas des bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités peuvent être portées en compte à d'autres instances. Le total des prestations facturables aux organismes assureurs et à des tiers, réalisées au cours d'une année civile déterminée, ne peut jamais dépasser la capacité réalisable de l'unité, telle que définie au § 1 ci-dessus.

§ 6 Les capacités de facturation visées aux §§ 1 et 3 sont réduites lorsque la convention n'est d'application que durant une partie de l'année (en particulier les années civiles d'entrée en vigueur et de cessation de vigueur de la convention), ou lorsque les mesures transitoires visées à l'article 38 s'appliquent durant une partie de l'année. Cette réduction des capacités de facturation est proportionnelle à la durée de la période de validité de la convention au cours de l'année civile considérée, déduction faite de l'éventuelle période au cours de laquelle les mesures transitoires visées à l'article 38 sont d'application, selon la formule :

$$\text{capacité réduite} = \text{capacité} \times \frac{\text{période de validité durant l'année} - \text{période transitoire durant l'année}}{\text{année}}$$

§ 7 En cas d'application de l'article 38 relatif aux dispositions transitoires, les dispositions des §§ 1 à 3 ci-dessus sont remplacées par les dispositions du § 4 de l'article 38.

Article 25 En application de l'article 12, un même bénéficiaire peut obtenir une intervention de l'assurance dans un maximum de 32 journées internes par année civile (du 1^{er} janvier au 31 décembre).

Article 26 L'unité facture le montant de l'intervention de l'assurance à l'organisme assureur du bénéficiaire au moyen d'une facture dont le modèle est approuvé par le Comité de l'assurance soins de santé de l'INAMI, ou le cas échéant par l'intermédiaire du système de facturation électronique de l'établissement hospitalier dont elle fait partie. Elle informe le bénéficiaire par écrit des montants qu'elle a facturés à son organisme assureur en application de la présente convention.

Article 27 § 1 L'unité s'engage à rembourser toute intervention de l'assurance indûment perçue, conformément aux dispositions de l'article 164 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

§ 2 Elle s'engage à ne facturer aux bénéficiaires

- aucune activité de rééducation pour laquelle l'intervention de l'assurance est refusée, quel que soit le motif du refus.
- aucune intervention de l'assurance qu'elle aurait dû rembourser, en vertu des dispositions du § 1, quel que soit le motif de l'obligation de remboursement.

5.4. Interdictions de cumul – financement de l'hébergement des proches

Article 28 § 1 En application des dispositions de l'article 23, § 3, si deux ou plusieurs périodes d'intervention de l'assurance sont accordées à un même bénéficiaire dans un programme de rééducation réalisé par l'unité et par une ou plusieurs autres unités de répit conventionnées avec l'INAMI, ces périodes ne peuvent ni coïncider ni se recouper.

§ 2 Une seule journée interne peut donner lieu à une intervention de l'assurance par jour et par bénéficiaire.

Article 29 § 1 A l'exception des soins infirmiers, les prestations prévues par la nomenclature des soins de santé ne sont pas comprises dans le prix de la prestation prévue par la présente convention. Elles peuvent être facturées distinctement, aux conditions prévues par cette nomenclature.

L'unité prend toutes les mesures utiles pour éviter le double financement des mêmes actes ou des mêmes soins. En particulier, elle veille à distinguer clairement le temps consacré par le médecin aux actes qui ne sont pas couverts par la nomenclature des prestations de santé (tels que prévus à l'article 17) et le temps consacré aux actes couverts par la nomenclature. Elle peut à tout moment démontrer que les dispositions de la présente convention et de la nomenclature sont respectées.

Les soins infirmiers prévus par la nomenclature des prestations de santé sont compris dans la prestation prévue par la présente convention. Ils ne peuvent pas faire l'objet d'une facturation distincte. Durant le séjour du bénéficiaire dans l'unité, aucun soin infirmier dispensé par un praticien de l'unité ou par un praticien extérieur ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance.

§ 2 Au cours d'une même journée, la prestation prévue par la présente convention ne peut pas être cumulée avec une hospitalisation complète, ni avec une prestation prévue par une convention de rééducation fonctionnelle qui couvre la journée ou la journée et la nuit dans l'établissement conventionné. Elle peut être cumulée avec une hospitalisation de jour.

Article 30 Si l'unité offre des possibilités d'hébergement aux proches des bénéficiaires, elle ne peut en aucun cas subordonner le séjour d'un bénéficiaire à une obligation de séjour de ses proches. Elle ne peut accorder aucune préférence ni aucun avantage à un bénéficiaire selon que ses proches séjournent ou non dans l'unité.

Article 31 § 1 L'unité s'engage à ne facturer aucun supplément aux bénéficiaires ou aux organismes assureurs, à l'exception

- des prestations prévues par la nomenclature des soins de santé qui ont été dispensés au bénéficiaire durant son séjour dans l'unité et dont le coût a été supporté par l'unité,
- des médicaments, des produits, de l'alimentation particulière qui ont été utilisés ou consommés par le bénéficiaire durant son séjour dans l'unité et dont le coût a été supporté par l'unité.

§ 2 L'unité peut facturer aux proches les frais effectivement occasionnés par leur éventuel séjour, pour un montant maximum égal aux frais réels. Elle ne peut

exiger d'eux le paiement d'aucune somme qui ne serait pas destinée à couvrir ces frais.

L'unité peut percevoir des dons de la part des proches d'un bénéficiaire, mais elle ne peut accorder aucune préférence ni aucun avantage à un bénéficiaire ou à ses proches, selon que ces derniers effectuent ou non des dons en sa faveur.

Article 32 L'unité prend toutes mesures utiles afin de garantir l'application des dispositions des articles 28 à 31 ci-dessus. Elle en expose les termes et en explique la portée dans un document écrit qu'elle remet contre récépissé signé au bénéficiaire ou à ses représentants légaux, ainsi qu'à toute autre personne séjournant dans l'unité.

VI DISPOSITIONS ADMINISTRATIVES GENERALES

Article 33 Le Pouvoir organisateur de l'unité tient une comptabilité basée, d'une part, sur le plan comptable normalisé minimum pour les hôpitaux (A.R. du 14.08.1987), et d'autre part, sur les décisions prises en la matière par le Comité de l'assurance soins de santé. Les données comptables liées à l'application de la présente convention sont rassemblées sous un poste de frais distinct de telle sorte que les dépenses et revenus puissent être immédiatement connus. Avant la fin du mois de juin de chaque année, le Pouvoir organisateur de l'unité envoie au Service des soins de santé de l'INAMI les données comptables liées à l'application de la présente convention et relatives à l'année civile précédente.

Article 34 § 1 L'unité tient un relevé exhaustif des prestations réalisées en faveur de ses bénéficiaires. Elle peut justifier de manière objective les données reprises dans ce relevé, par exemple à l'aide de carnets de rendez-vous, de journaux de bord...

§ 2 Elle établit sur cette base ses chiffres de production (soit les nombres de forfaits prestés, par type, multipliés par leurs prix respectifs).

Avant la fin du mois qui suit le dernier mois de chaque trimestre, elle transmet les chiffres de production relatifs à ce trimestre au moyen de l'application informatique qui lui est fournie par le Service des soins de santé.

§ 3 L'unité s'engage à soumettre, à la demande du Service des soins de santé ou du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, les relevés des prestations réalisées en faveur des bénéficiaires, pour étayer les chiffres de production transmis. La transmission délibérée de chiffres de production erronés entraînera la suspension d'office du paiement par les organismes assureurs dans le cadre de la présente convention.

L'unité désigne une personne de contact chargée de la transmission des chiffres de production. Elle communique ses coordonnées (nom, numéro de téléphone direct et adresse électronique) au Service des soins de santé de l'INAMI qu'elle informe également de tout changement de ces coordonnées.

§ 4 L'unité s'engage à observer scrupuleusement les instructions relatives à la transmission des chiffres de production. Si les chiffres de production ne sont pas transmis avant la fin du deuxième mois qui suit la fin d'un trimestre, l'unité est rappelé à ses obligations par lettre recommandée. Si les chiffres de production ne sont toujours pas transmis dans les 30 jours civils suivant l'envoi recommandé, les paie-

ments par les organismes assureurs (dans le cadre de la convention conclue entre l'INAMI et l'unité) sont suspendus d'office.

Article 35 § 1 L'unité s'engage à fournir au Service des soins de santé de l'INAMI et/ou aux organismes assureurs concernés toutes les informations leur permettant de contrôler le respect des dispositions de la présente convention sous tous leurs aspects.

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

Article 36 § 1 Le Pouvoir organisateur de l'unité s'engage à créer toutes les conditions permettant à cette dernière de mettre en œuvre les programmes de rééducation individuels dans des conditions optimales et de respecter toutes les dispositions de la présente convention.

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

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

VII EVALUATION

Article 37 Avant la fin du 9^e mois complet suivant la date d'entrée en vigueur de la présente convention, l'unité transmet au Collège des médecins-directeurs un rapport d'évaluation (*rapport n°1*) portant sur les 6 premiers mois complets suivant la date d'entrée en vigueur de cette convention.

De même avant la fin du 30^e mois complet suivant la date d'entrée en vigueur de la présente convention (notamment dans le cas où la convention est prolongée après la date de fin prévue dans l'article 39 § 2), l'unité transmet au Collège des médecins-directeurs un rapport d'évaluation (*rapport n°2*) portant sur les 18 mois complets suivant la période visée par le rapport n°1.

Ces rapports comportent au moins les données dont la liste est annexée à la présente convention.

Le Service des soins de santé de l'INAMI peut déterminer le format pour la transmission de ces données.

VIII DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Article 38 § 1 Durant les 12 premiers mois d'application de la convention, les dispositions des articles 13, 22, § 1, et 24 sont modifiées comme mentionné aux paragraphes suivants.

§ 2 A l'article 13, le nombre moyen de 10 bénéficiaires par jour est ramené à 6 bénéficiaires par jour.

§ 3 A l'article 22, § 1, le montant d'intervention de l'assurance dans le prix de la journée interne est porté à 355,15 EUR.

§ 4 Les dispositions des §§ 1 à 3 de l'article 24 sont remplacées par les dispositions suivantes :

Durant les 12 premiers mois d'application de la convention, le nombre de prestations réalisées par l'unité qui peuvent donner lieu à une intervention de l'assurance dépend de ses capacités de facturation.

La « capacité réalisable » de l'unité est fixée à 2.190 journées internes (6 bénéficiaires x 365 jours x 100%).

Sa « capacité normale de facturation » est fixée à 90% de la capacité réalisable, soit 1.971 journées internes.

Sa « capacité maximale de facturation » est fixée à 98% de la capacité réalisable, soit 2.146 journées internes.

Pour toute prestation facturable réalisée au-delà de sa capacité normale de facturation, jusqu'à sa capacité maximale de facturation, l'unité peut uniquement facturer des prix réduits s'élevant à 50% du montant prévu au § 3 ci-dessus. L'unité s'engage à ne facturer aucune prestation de rééducation fonctionnelle aux bénéficiaires ou aux organismes assureurs, au-delà de sa capacité maximale de facturation.

IX PERIODE DE VALIDITE DE LA PRESENTE CONVENTION

Article 39 § 1 La présente convention, faite en deux exemplaires et dûment signée par les deux parties, sort ses effets à la date du ####.

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

Pour l'ASBL XXXX,

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

Bruxelles, le

Le Président du Pouvoir organisateur,

Le Fonctionnaire Dirigeant,

XXXX,

Dr H. DE RIDDER,
Directeur général.

Le Médecin coordinateur du Centre,

XXXX,
spécialité.

Le Directeur administratif du Centre,

XXXX.

Données minimales à reprendre dans le rapport visé à l'article 37

Rapport n°1 : *Situation à l'issue du 6^e mois complet suivant la date d'entrée en vigueur de la convention.*

Rapport n°2 : *Situation à l'issue des 12^e, 18^e et 24^e mois complets suivant la date d'entrée en vigueur de la convention.*

Première partie : les bénéficiaires

- 1) Bénéficiaires admis dans l'unité au total, au cours des 6 mois précédents
 - a) Nombre total de bénéficiaires *différents*
 - b) Répartition par sexe
 - c) Répartition par âge (par année : 0, 1, 2, ... 18 ans)
 - d) Répartition par diagnostic (Code ICD-10 ou OMIM)
 - e) Répartition par groupe-cible (1 à 5)
 - f) Répartition par lieu de résidence (code postal)
 - g) Nombre total de bénéficiaires par jour (nombre de jours pendant lesquels 0, 1, 2, ... 12 bénéficiaires étaient présents)
- 2) Patients refusés par l'unité au cours des 6 mois précédents
 - a) Nombre de patients différents
 - b) Répartition par sexe
 - c) Répartition par âge (par année : 0, 1, 2, ... 18 ans ou plus)
 - d) Répartition par diagnostic (Code ICD-10 ou OMIM)
 - e) Répartition par groupe-cible (1 à 5)
 - f) Répartition par lieu de résidence (code postal)
 - g) Répartition par motif de refus
- 3) Patients étant ou ayant été inscrits sur une liste d'attente au cours des 6 mois précédents
 - a) Nombre de patients différents
 - b) Répartition par sexe
 - c) Répartition par âge (par année : 0, 1, 2, ... 18 ans ou plus)
 - d) Répartition par diagnostic (Code ICD-10 ou OMIM)
 - e) Répartition par groupe-cible (1 à 5)
 - f) Répartition par lieu de résidence (code postal)
 - g) Pour les périodes clôturées : temps d'attente (moyenne, médiane, minimum, maximum, écart-type)
 - h) Pour les périodes clôturées : raison de la clôture de la période, répartition par raison (ex. admission dans l'unité, admission dans une autre unité de répit, hospitalisation...)

Deuxième partie : les prestations et les séjours

- 4) Prestations
 - a) Nombre de journées internes réalisées dans le cadre de la convention
 - b) Nombre de prestations facturées dans le cadre de la nomenclature
 - c) Nombre d'hospitalisations de jour cumulées avec une journée dans l'unité
- 5) Séjours des bénéficiaires
 - a) Nombre total de séjours (achevés ou en cours), durant la période considérée
 - b) Nombre de séjours (achevés ou en cours), par bénéficiaire, durant la période considérée (moyenne, médiane)
 - c) Pour les séjours achevés : Durée d'un séjour (moyenne, médiane, minimum, maximum, écart-type)
- 6) Séjours des proches
 - a) Nombre de séjours (achevés ou en cours) de proches, durant la période considérée
 - b) Nombre de bénéficiaires dont des proches ont séjourné dans l'unité

Troisième partie : l'unité

- 7) Cadre du personnel
Transmission des données visées à l'art. 18, § 2, selon un modèle à fixer par le Service des soins de santé, en concertation avec les unités conventionnées
- 8) Comptabilité détaillée
Transmission des données visées à l'art. 33, selon un modèle à fixer par le Service des soins de santé, en concertation avec les unités conventionnées