

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITÉ

Etablissement Public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE GALILEE 5/01 - 1210 BRUXELLES

Service des soins de santé

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

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 ;

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

il est convenu ce qui suit entre,

d'une part,

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

et d'autre part,

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

DISPOSITIONS DE L'AVENANT

Article 1. Les dispositions de l'article 18 § 1^{er} sont remplacées par les dispositions suivantes :

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

En application des dispositions de l'article 142, § 2, de l'A.R. ci-dessus, la demande d'accord doit parvenir au médecin-conseil de la mutualité du bénéficiaire, au plus tard, dans les 30 jours qui suivent la date de la 1^{ère} prestation (séance individuelle) réalisée par le centre, en faveur de ce bénéficiaire, dans le cadre de la période demandée. Elle doit être introduite au moyen du formulaire approuvé par le Comité de l'assurance soins de santé, auquel est joint un rapport médical établi **et signé** par le médecin **coordinateur** du centre **tel que visé à l'article 8, § 1^{er}, point 1 de la présente convention**, selon le modèle approuvé par le Collège des médecins-directeurs.

Cependant, le rapport médical peut également être établi et signé par un autre médecin que le médecin coordinateur du centre dont question ci-avant. Cet autre médecin est désigné par le médecin coordinateur du centre et travaille dans l'hôpital dont fait partie le centre

d'accompagnement de la transidentité avec lequel la présente convention est conclue. Il s'agit d'un médecin dont question à l'article 14, § 2 de la présente convention.

Dans le cas où le centre prend en charge tant des bénéficiaires de moins de 16 ans que des bénéficiaires de 16 ans ou plus dans le cadre de la présente convention, le médecin coordinateur peut désigner deux médecins différents (un médecin qui traite des bénéficiaires de moins de 16 ans et un médecin qui traite des bénéficiaires de 16 ans et plus en vertu des dispositions de l'article 14, § 2 de la présente convention) pour établir et signer les rapports médicaux. Si le centre ne prend en charge qu'un seul type de bénéficiaire, le médecin coordinateur ne désigne alors qu'un seul médecin.

Il appartient au médecin coordinateur du centre de garantir que cet autre (ces deux autres le cas échéant) médecin(s) dispose(nt) effectivement d'une expertise particulière en matière de dysphorie de genre étayée et reconnue et en porte la responsabilité. Le médecin coordinateur du centre communique au Service des soins de santé de l'INAMI, le nom, le prénom, le numéro de reconnaissance de cet autre (ces deux autres le cas échéant) médecin(s) et la date à partir de laquelle il est souhaité que ce(s) (deux) médecin(s) puisse(nt) établir et signer les rapports médicaux. En cas de changement, le médecin coordinateur en informe le Service des soins de santé de l'INAMI et communique à cet effet toutes les informations dont question ci-dessus qui concernent le nouveau médecin. Tout changement doit être communiqué à temps au Service des soins de santé de l'INAMI. Aucune rétroactivité ne sera acceptée dans ce contexte.

Sur base des informations transmises par le médecin coordinateur, une liste des médecins habilités à établir et signer les rapports médicaux sera élaborée et portée à la connaissance des organismes assureurs. Seuls les médecins qui figurent sur cette liste sont effectivement habilités à établir et signer les rapports médicaux. 3 médecins au maximum seront mentionnés dans cette liste par centre (le médecin coordinateur du centre, un médecin qui traite des bénéficiaires de moins de 16 ans et un médecin qui traite des bénéficiaires de 16 ans ou plus, désigné par le médecin coordinateur).

En cas d'accord **sur la demande d'intervention**, le médecin-conseil fixe la date de début de la période d'intervention de l'assurance et la durée de cette période. La durée maximale de chaque période est de **6 ans**, à compter de la date de début. Toute décision de refus est motivée.

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

Article 2. Les dispositions de l'article 21, § 1^{er} sont remplacées par les dispositions suivantes :

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

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

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

Dans le cas où le bénéficiaire atteint son 16^e anniversaire sans avoir épuisé le nombre maximum de 30 séances remboursables (point 1 ci-dessus), les séances restantes ne peuvent pas être ajoutées à la période suivante (point 2 ci-dessus) pour en augmenter le maximum ; ce maximum reste, dans

tous les cas, fixé à 25 séances remboursables pour un maximum absolu de 40 séances remboursables. Par conséquent, si un bénéficiaire a bénéficié de 5 séances avant son 16^e anniversaire, il ne peut plus bénéficier que de 25 séances remboursables après son 16^e anniversaire. Pour un tel bénéficiaire, le maximum de 40 séances remboursables ne pourra pas être atteint.

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

Au cours de la première année civile de prise en charge dans le cadre de la présente convention, le nombre maximum de prestations remboursables en faveur d'un même bénéficiaire est limité à 12 séances.

Durant chaque année civile qui suit la première année civile de prise en charge dans le cadre de la convention, le nombre maximum de prestations remboursables en faveur d'un même bénéficiaire est limité à 8 séances.

Dans le cas où, au cours de la première année civile de prise en charge dans le cadre de la présente convention, **un maximum de 8 séances** a été dispensé (au lieu de 12 séances maximum remboursables durant cette première année civile), le maximum de 12 séances remboursables est reporté à la deuxième année civile de prise en charge dans le cadre de la convention. Le maximum de 8 séances remboursables ne seront donc d'application, pour ces bénéficiaires, qu'à partir de la troisième année civile de prise en charge dans le cadre de la présente convention.

Exemple d'application pratique de ces dispositions :

Un accord a été donné pour un nouveau bénéficiaire pour la période du 07/11/2023 au 06/11/2029 inclus (6 années).

Seules 3 séances ont été dispensées pour ce bénéficiaire entre le 07/11/2023 et le 31/12/2023.

Pour l'année civile 2024, ce bénéficiaire peut prétendre au remboursement de 12 séances (étant donné que le nombre de 8 séances maximum n'a pas été dépassé durant l'année civile 2023 ; première année civile de prise en charge dans le cadre de la convention).

A partir de l'année civile 2025, le quota de 8 séances par année civile est d'application pour ce bénéficiaire.

Le nombre de séances familiales est limité à 2 séances par année civile peu importe qu'il s'agisse de la première année civile ou des années civiles qui suivent. Cependant, le maximum de 5 séances familiales facturable sur l'ensemble de la période de prise en charge dans le cadre de la présente convention ne peut quoi qu'il en soit jamais être dépassé.

Dans le décompte du nombre maximum de prestations (séances) remboursables, chaque séance familiale compte pour une prestation.

Le nombre de séances de groupe n'est quant à lui pas limité par année civile, ni durant la première année civile de prise en charge, ni durant les années civiles qui suivent. Cependant, le maximum de 5 séances de groupe facturable sur l'ensemble de la période de prise en charge dans le cadre de la présente convention ne peut quoi qu'il en soit jamais être dépassé. Ce maximum de 5 séances peut être réparti librement par le centre durant l'ensemble de la prise en charge dans le cadre de la présente convention.

Dans le décompte du nombre maximum de prestations (séances) remboursables, chaque séance de groupe compte pour une prestation.

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

PROLONGATION DE LA CONVENTION

Article 3. A l'article 34, § 2, la date du 31.12.2022 est remplacée par la date du **31.12.2024**.

DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Article 4. Les dispositions du présent avenant sont d'application à partir de la date d'entrée en vigueur définie à l'article 7 du présent avenant pour tous les nouveaux bénéficiaires dont la période de prise en charge débute au plus tôt à la date d'entrée en vigueur du présent avenant et pour tous les autres bénéficiaires pour lesquels des demandes de prolongation de la période de prise en charge dont la date de début se situe au plus tôt la date d'entrée en vigueur du présent avenant sont introduites.

Article 5. La limitation du nombre de 12 séances durant la première année civile de prise en charge dans le cadre de la convention s'applique aux nouveaux bénéficiaires dont la date de début de la prise en charge dans le cadre de la convention se situe au plus tôt à la date d'entrée en vigueur du présent avenant.

Cependant, les bénéficiaires qui ont débuté la prise en charge dans le cadre de la convention durant l'année 2022 et pour lesquels, durant cette année civile 2022, 8 séances au maximum ont été dispensées, ces bénéficiaires entrent en ligne de compte pour le remboursement de maximum 12 séances durant l'année civile 2023. A partir de l'année civile 2024, seules 8 séances sont remboursables par année civile pour ces bénéficiaires.

Les dispositions mentionnées à l'article 21, § 1^{er} doivent également être respectées dans ce contexte.

Article 6. A partir de la date d'entrée en vigueur du présent avenant, les séances de groupe peuvent être réparties librement durant toute la période de prise en charge dans le cadre de la convention. Le centre doit veiller cependant à ne pas dépasser le maximum de séances de groupe remboursable en vertu de la convention (maximum 5 séances de groupe remboursable sur toute la période de prise en charge) pour un même bénéficiaire. Dans ce contexte, le nombre de séances qui a été dispensé avant la date d'entrée en vigueur du présent avenant doit être décompté.

DISPOSITIONS GENERALES

Article 7. Le présent avenant fait partie intégrante de la convention susmentionnée et produit ses effets le 1^{er} janvier 2023.

Fait à Bruxelles, le 19-12-2022 et signé électroniquement par :

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

Pour le Comité de l'assurance soins de santé,

Bruxelles,

Le Fonctionnaire dirigeant,

Mickaël DAUBIE
Directeur-général des soins de santé