

INAMI

Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité

CIRCULAIRE AUX MAISONS DE REPOS
POUR PERSONNES AGEES, AUX MAISONS
DE REPOS ET DE SOINS ET AUX CENTRES
DE SOINS DE JOUR

CIRC. MRPA. 2012/1
CIRC. MRS. 2012/1
CIRC. CSJ. 2012/1

Service des Soins de Santé

Correspondant: Direction Etablissements et
services de soins

Tél: 02/739.78.35 **Fax:** 02/739 73 52

E-mail: Mrpa.Mrs@inami.fgov.be

Nos références: Circ-MRPA-MRS-CSJ-2012/1 **Bruxelles, le 04/01/2012**

Nouvelle convention nationale entre les maisons de repos pour personnes âgées, les maisons de repos et de soins, les centres de soins de jour et les organismes assureurs (MRPA-MRS-CSJ/2012)

Avertissement : application Internet indisponible à partir du 9 janvier 2012.

Madame,
Mademoiselle,
Monsieur,

Une nouvelle convention nationale a été signée par les représentants des organisations représentatives des maisons de repos et de soins, des maisons de repos pour personnes âgées, des centres de soins de jour et des organismes assureurs le 2 décembre 2011 (Annexe II).

La nouvelle convention intègre les modifications apportées précédemment par les divers avenants.

Elle conserve toutes les dispositions de la convention précédente à l'exception de certains points du préambule qui reprend l'ensemble des priorités que la commission de convention espère réaliser en 2012-2013.

L'article 2 § 6 de la Convention rappelle que les montants destinés au paiement d'une prime pour des titres et qualifications professionnels particuliers aux praticiens de l'art infirmier sont versés annuellement au mois de septembre par l'institution aux praticiens de l'art infirmier concernés, au prorata de leur temps de travail et du nombre de mois travaillés du 1^{er} septembre de l'année précédente au 31 août de l'année en cours. L'INAMI verse ce financement dans le mois qui suit la transmission au Service de soins de santé des documents visés dans ce même article.

Cette convention entre en vigueur le 1^{er} janvier 2012 et expire le 31 décembre 2013.

1.25.02.00

Adhésion à la convention

Comme vous avez adhéré à la précédente convention, **votre adhésion vaut pour cette nouvelle convention**, sauf déclaration écrite contraire de votre part dans les trente jours suivant la date de la présente circulaire.

Nous vous rappelons que, tant pour les maisons de repos pour personnes âgées que pour les maisons de repos et de soins, Centres de soins de jour, l'adhésion à la convention est une condition d'obtention des forfaits (article 30 de l'arrêté ministériel du 6 novembre 2003 ; l'arrêté ministériel du 22 juin 2000).

Informations pratiques

Vous trouverez ci-joint (annexe I) quelques informations pratiques qui faciliteront vos contacts avec notre administration.

AVERTISSEMENT

L'application Internet par laquelle vous pouvez introduire vos données, nécessaires au Service Établissements de soins, pour le calcul de l'intervention à laquelle vous avez droit dans les domaines suivants :

1. Forfait MRPA-MRS et CSJ
2. Financement des mesures «fin de carrière»
3. Financement des mesures d'harmonisation des barèmes pour le personnel hors normes («3ème volet»)

sera indisponible en raison de l'installation d'un nouveau programme et ce à partir de ce 9 janvier 2012. L'accès au nouveau programme est prévu pour fin mars 2012.

Nous vous prions de bien vouloir nous excuser pour les désagréments occasionnés et nous vous remercions de votre compréhension.

Si, pour une raison ou pour une autre, des modifications doivent être apportées aux données préalablement communiquées, veuillez nous les faire parvenir au moyen d'un courrier en mentionnant votre numéro INAMI et en y joignant les pièces justificatives. Le Service se chargera de l'introduction des modifications.

Le montant de votre allocation forfaitaire pour 2012 comme les montants dans le cadre du 3^{ème} volet et des mesures de dispense des prestations de travail et de fin de carrière vous seront communiqués dans le délai prévu.

Nous vous remercions pour la collaboration que vous apportez au système d'assurance soins de santé et vous prions d'agréer, Madame, Mademoiselle, Monsieur, l'expression de nos sentiments distingués.

Le Fonctionnaire dirigeant,

H. De Ridder,
Directeur général.

INFORMATIONS PRATIQUES

Correspondance

Notre adresse : **INAMI**
Service des soins de santé
Section *Etablissements de soins*
Avenue de Tervuren 211
1150 BRUXELLES

Votre numéro INAMI : à mentionner dans toute correspondance

Votre numéro de téléphone et /ou de GSM : à mentionner dans toute correspondance

Rappel

A communiquer obligatoirement par écrit :

Changement d'adresse.

*A communiquer obligatoirement par voie **électronique***
sur l'application « questionnaire électronique de l'INAMI » :

Changement du directeur / gestionnaire (nom et le numéro INSS).

Accueil

Téléphonique : (02) 739 78 35, de 9 à 12 heures
FAX : (02) 739 73 52
e-mail : MRPA.MRS@inami.fgov.be

En nos bureaux : de 9 à 12 heures, ou sur rendez-vous
avenue de Tervuren 211 (7^e étage) – 1150 BRUXELLES.

M.R.P.A.-M.R.S.-C.S.J./2012

Institut national d'assurance
maladie-invalidité



Service des soins
de santé

Avenue de Tervuren 211
1150 Bruxelles
☎ 02/739 78 35

CONVENTION ENTRE LES MAISONS DE REPOS POUR PERSONNES AGEES, LES MAISONS DE REPOS ET DE SOINS, LES CENTRES DE SOINS DE JOUR ET LES ORGANISMES ASSUREURS

Lors de la réunion de la Commission de convention entre les maisons de repos pour personnes âgées, les maisons de repos et de soins, les centres de soins de jour et les organismes assureurs du 2 décembre 2011, sous la présidence de Monsieur Daniel CRABBE, Conseiller général, délégué à cette fin par Monsieur Henri DE RIDDER, Fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé, il a été convenu ce qui suit entre :

d'une part,

— les organismes assureurs;

d'autre part,

— les associations représentatives des maisons de repos.

PRÉAMBULE

La Commission de conventions a conclu la présente convention. Elle souhaite cependant aboutir à des propositions concrètes sur les domaines d'action prioritaires repris dans ce préambule.

1. MATÉRIEL D'INCONTINENCE

Il existe pour les patients à domicile une intervention ("forfait incontinence") pour le matériel d'incontinence. Il n'y a pas d'équivalent pour les résidents en maison de repos et maison de repos et de soins. Cette situation est discriminatoire. La question de la couverture sociale du coût du matériel d'incontinence a été mise à l'ordre du jour de la conférence interministérielle Santé publique.

En vue d'arriver à une proposition opérationnelle, les coûts pour ce matériel en maison de repos et maison de repos et de soins feront l'objet d'un relevé. En effet, il est peu probable que les besoins en ce domaine soient identiques à ceux du domicile. Il faudra toutefois tenir compte des mêmes critères d'octroi pour le forfait financier qui sont basés sur une démarche aboutie diagnostique, thérapeutique et préventive de l'incontinence. En outre, une réflexion sera menée sur une politique de qualité pour l'indication et l'usage de ce matériel.

Aussi, le budget dégagé lors de l'exercice 2011 permet désormais une ristourne de 0,30 € par résident par journée d'hébergement, et ce depuis le 1^{er} janvier 2011.

Il convient désormais de poursuivre l'effort entamé et d'apporter une seconde réponse à la Conférence Interministérielle. C'est pourquoi, une intervention supplémentaire par journée d'hébergement par résident était demandée dans le cadre des besoins 2012.

2. DÉMENCE

L'accompagnement des personnes atteintes de démence requiert une approche complémentaire, distincte de l'approche soins (au sens médico-infirmier) ou de l'approche sociale. Cet accompagnement, qui tient plus de l'encadrement de proximité et de sécurité du patient, ne nécessite donc pas uniquement des compétences spécifiques en soins médico-infirmiers, mais des compétences en terme d'attention et de (ré)activation psycho-relationnelle de ces personnes.

Un groupe de travail associant des experts a été mis en place sur le thème de la démence. L'objectif général du groupe est d'améliorer l'accompagnement des personnes atteintes de démence en maisons de repos, maisons de repos et de soins et centres de soins de jour, en formulant des propositions opérationnelles. Une des propositions est la création d'une nouvelle catégorie "D" pour les personnes atteintes de démence autres que le Cd.

La Commission veillera à traduire ses conclusions en propositions d'arrêté afin que les premières mesures concrètes puissent entrer en vigueur le 1^{er} juillet 2012.

3. LOGOPÉDIE

Les prestations de logopédie sont comprises dans le forfait mais ne sont pas couvertes financièrement par l'intervention pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière. Ces prestations se sont considérablement développées et améliorées au cours des dernières années. Néanmoins, il n'y a pas eu, en parallèle, une adaptation de la couverture financière pour ces soins en maison de repos, ni de la norme en maison de repos et de soins.

Une récente étude interuniversitaire¹ dans les maisons de repos et maisons de repos et de soins belges conclut que:

"La prévalence de la dénutrition et du risque de dénutrition dans les MRS/MRPA belges est élevée: près d'un quart des résidents des MRS/MRPA sont dénutris, 38 % sont à risque de dénutrition (...). Les analyses effectuées dans le cadre de cette étude indiquent la présence de certains facteurs de risque de dénutrition pour les résidents des MRPA/MRS. De manière générale, les résidents dénutris ou à risque de dénutrition sont le plus souvent: âgés, féminins, vivant en MRS, présentant des troubles cognitifs et de la déglutition, ont eu une hospitalisation récente, présentent des escarres ou des plaies, sont moins autonomes, requièrent davantage de soins, tant lors des repas qu'en dehors des repas (selon l'échelle de KATZ) et présentent des problèmes de comportement lors des repas".

Cette même étude constate que 30% des résidents ont un problème de déglutition.

Une thérapie de la déglutition par une logopède est une réponse dans ce type de situation. Elle est déjà pratiquée dans une série de maisons mais n'est pas généralisée.

La Commission fera des propositions pour assurer la couverture financière de ces soins.

4. SOINS PALLIATIFS

Il subsiste encore un écart important entre les moyens prévus pour les soins à domicile et ceux en MR ou MRS. Ces discriminations au niveau du patient doivent disparaître. En outre, la fonction palliative au sein des établissements devrait être plus développée.

5. FRAIS ADMINISTRATIFS

La partie de l'allocation forfaitaire, intitulée "intervention partielle dans le coût de la gestion et de la transmission des données", est insuffisante pour assurer la mise en œuvre des nouvelles réglementations et en particulier celles liées aux accords sociaux ainsi que celles relatives à la facturation électronique dont la principale source de frais viendra des mises à jour et du suivi des programmes logiciels. En conséquence, la Commission fera des propositions pour assurer la couverture financière de ces augmentations de frais administratifs.

6. RÉMUNÉRATION INFIRMIÈRE-CHEF

Il est proposé de majorer de 30 centimes (à l'index 114.97 base 2004=100) le montant actuel du financement prévu par infirmière-chef.

7. MÉDECIN COORDINATEUR EN MRPA

Un groupe de travail rassemblant des représentants des mutualités, de médecins, de l'INAMI et du SPF Santé publique s'est réuni à l'INAMI pour débattre du rôle et statut du médecin coordinateur et conseiller en MRS. Il a abouti à un ensemble de propositions et mesures pour une meilleure coordination de la politique des soins en maisons de repos et de soins. Sa traduction dans les normes MRS est en débat.

A titre de premier pas, il est proposé d'étendre la fonction de MCC (Médecin coordinateur et conseiller) aux maisons de repos pour personnes âgées (MRPA). Toutefois, un nombre minimum de patients catégorisés B et C sur l'échelle de Katz, en deçà duquel il n'y aura pas de médecin coordinateur, reste à définir par la Commission.

¹ Dr. M. Gobert, Dr. T. Defloor, Lic. B. Geurden et al., Dépistage et évaluation de l'état nutritionnel des résidents des MRPA – MRS, SPF Santé publique, janvier 2011, p. 104.

OBJET

Article 1^{er}.

La présente convention définit, en ce qui concerne l'intervention de l'assurance pour les prestations visées à l'article 34, 11° et 12°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, et les modalités de son paiement, les rapports entre, d'une part, les institutions visées à l'article 34, 11° et 12° (à l'exception des maisons de soins psychiatriques) et, d'autre part, les bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, ainsi que les rapports entre ces institutions et les organismes assureurs.

Les institutions visées à l'article 34, 11° et 12°, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 précitée (à l'exception des maisons de soins psychiatriques) sont appelées « les institutions » dans la présente convention.

La Commission de convention entre les maisons de repos pour personnes âgées, les maisons de repos et de soins, les centres de soins de jour et les organismes assureurs est appelée « la Commission » dans la présente convention.

DISPOSITIONS PARTICULIERES

A. Maisons de repos pour personnes âgées et maisons de repos et de soins

Article 2.

§ 1^{er}. 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 visés à 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.

§ 2. Le paiement de l'intervention pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière est dû 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.

Dans les autres situations, les journées d'hébergement du bénéficiaire sont comptabilisées comme suit :

- en cas d'admission avant 12 heures le jour de son entrée et départ avant 14 heures le jour de sa sortie : comptabilisation du jour d'entrée;
- en cas d'admission après 12 heures le jour de son entrée, quelle que soit l'heure de départ le jour de sa sortie : comptabilisation du jour de sortie.

Toutefois, si un bénéficiaire décède le jour même de son admission, le paiement de l'intervention est dû.

Le transfert, au sein d'un même établissement, d'un bénéficiaire de la section maison de repos pour personnes âgées à la section maison de repos et de soins (ou inversement) ainsi que le passage d'un patient en court séjour à un hébergement de longue durée, ne sont pas considérés comme une interruption de séjour et un changement d'institution mais, le cas échéant, comme un changement de catégorie de dépendance.

§ 3. Le paiement de l'intervention pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière n'est pas dû en cas d'absence temporaire du bénéficiaire de l'institution.

§ 4. Des séjours de vacances collectifs organisés et dirigés par les institutions et sous la responsabilité de celles-ci peuvent être octroyés aux bénéficiaires hébergés dans les institutions. Les institutions portent en compte aux organismes assureurs le montant prévu au § 1^{er}. Le nombre de jours accordé dans le cadre des séjours de vacances collectifs est de quatorze jours par année civile.

Les institutions doivent communiquer par écrit aux organismes assureurs, deux semaines avant le début du séjour de vacances, la liste des noms des participants ainsi que les dates, la durée et le lieu de ces séjours.

§ 5. L'octroi de l'intervention visée au § 1^{er} empêche pour le bénéficiaire concerné toute intervention particulière de l'assurance soins de santé dans le coût des prestations visées à l'article 147 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 précité.

§ 6. En 2012 et en 2013, les maisons de repos pour personnes âgées et les maisons de repos et de soins qui comptent dans leur personnel des praticiens de l'art infirmier disposant d'un titre ou d'une qualification professionnel particulier d'infirmier gériatrique, définis respectivement par l'arrêté ministériel du 19 avril 2007 fixant les critères d'agrément autorisant les praticiens de l'art infirmier à porter le titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en gériatrie et par l'arrêté ministériel du 19 avril 2007 fixant les critères d'agrément autorisant les praticiens de l'art infirmier à se prévaloir de la qualification professionnelle particulière d'infirmier ayant une expertise particulière en gériatrie, peuvent facturer au Service de soins de santé de l'INAMI, 211 avenue de Tervueren, 1150 Bruxelles, les montants suivants, destinés au paiement d'une prime pour des titres et qualifications professionnels particuliers aux praticiens de l'art infirmier susvisés :

- 4.500 euros x le nombre d'équivalents temps plein à financer d'infirmiers(ères) disposant d'un titre professionnel d'infirmier(ère) gériatrique dans l'institution ;
- 1.500 euros x le nombre d'équivalents temps plein à financer d'infirmiers(ères) disposant d'une qualification professionnelle d'infirmier(ère) gériatrique dans l'institution.

Ces montants sont liés à l'indice pivot 110,51 dans la base 2004 = 100 et sont adaptés conformément aux dispositions de la loi du 1^{er} mars 1977 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation du Royaume dans le secteur public.

Pour obtenir ces sommes, les institutions concernées doivent transmettre au Service de soins de santé de l'INAMI les données suivantes :

- noms et prénoms des praticiens de l'art infirmier concernés ;
- copie de leurs titres ou qualifications ;
- copie de leur contrat de travail ou de la décision de leur nomination ou désignation et, pour chacun d'eux, nombre de mois ou de jours prestés (ou assimilés) en tant que praticiens de l'art infirmier du 1^{er} septembre de l'année précédente au 31 août de l'année en cours (dates d'entrée et de sortie éventuelle).

La prime est versée annuellement au mois de septembre par l'institution aux praticiens de l'art infirmier concernés, au prorata de leur temps de travail et du nombre de mois travaillés du 1^{er} septembre de l'année précédente au 31 août de l'année en cours.

L'INAMI verse ce financement dans le mois qui suit la transmission au Service de soins de santé des documents visés ci-dessus.

B. Centres de soins de jour

Article 3.

§ 1^{er}. 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 visés à 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.

§ 2. Le paiement de l'intervention pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière est dû pour chaque journée d'hébergement comprenant au moins six heures. L'admission doit avoir lieu au plus tard à 12 heures.

Toutefois, si un bénéficiaire décède ou doit être hospitalisé lors d'une journée d'hébergement, le paiement de l'intervention est dû.

§ 3. Pour pouvoir bénéficier de l'intervention de l'assurance soins de santé visée au § 1^{er}, les centres de soins de jour doivent tenir un registre de présence comportant, pour chaque jour d'ouverture, le nom des bénéficiaires admis, l'heure de leur entrée et celle de leur sortie. Ce registre doit être clôturé chaque jour à 13 heures en ce qui concerne le nombre de bénéficiaires admis et l'heure de leur entrée, et complété en fin de journée pour l'heure de leur sortie.

Ces registres de présence ne peuvent comporter de feuilles volantes ni des passages en blanc, des ratures ou des surcharges. Ils doivent pouvoir être consultés à tout moment, soit par les médecins-conseils ou par les auxiliaires paramédicaux délégués par eux en application de l'article 153, alinéa 4, de la loi coordonnée précitée, soit par les fonctionnaires de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, et doivent être conservés dans l'institution pendant une période de 5 ans après leur clôture.

§ 4. L'octroi de l'intervention empêche pour le bénéficiaire concerné toute intervention de l'assurance soins de santé dans le coût des prestations visées à l'article 147 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 précité pendant les heures durant lesquelles il est hébergé dans un centre de soins de jour.

§ 5. Un patient qui réside dans une maison de repos et de soins ou une maison de repos pour personnes âgées, bénéficiant ou non d'une intervention de l'assurance soins de santé, ne peut prétendre à l'intervention visée au § 1^{er} dans un centre de soins de jour.

§ 6. Les centres de soins de jour sont tenus de mettre à la disposition des bénéficiaires le « formulaire de demande pour une intervention dans les coûts de transport pour des bénéficiaires admis dans un centre de soins de jour » qui leur est transmis par le Service des soins de santé de l'INAMI et, le cas échéant, d'aider le bénéficiaire ou sa famille à le compléter.

DISPOSITIONS COMMUNES

Article 4.

§ 1^{er}. La demande d'intervention pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière, ainsi que la demande de prolongation et la notification de fin d'hébergement doivent être adressées à l'organisme assureur selon les dispositions des articles 152, § 3 et 153, § 2, ou 153bis, § 1^{er}, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 précité, et des articles 15 ou 16 du règlement portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

§ 2. Le paiement de l'intervention est subordonné à un engagement de paiement par l'organisme assureur, conformément aux dispositions de l'article 153, § 2, ou 153bis, § 2, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 précité.

Article 5.

§ 1^{er}. L'organisme assureur s'engage à payer directement à l'institution l'intervention pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière, conformément aux dispositions légales et réglementaires en la matière.

§ 2. A cet effet, l'institution établit, par bénéficiaire et par trimestre civil, une note de frais individuelle, dont le modèle est fixé par le Comité de l'assurance soins de santé, sur proposition de la Commission.

Ladite note de frais individuelle est accompagnée d'une note de frais récapitulative, dont le modèle est également fixé par le Comité de l'assurance susvisé, sur proposition de la Commission.

§ 3. Les notes de frais individuelles sont établies au moins en deux exemplaires dont l'un est envoyé à l'organisme assureur et l'autre au bénéficiaire.

§ 4. Le montant des notes de frais présentées à l'organisme assureur est dû dès réception de celles-ci, sous réserve de rectifications ultérieures.

§ 4bis. A partir du 1^{er} juillet 2009, les institutions sont invitées à joindre volontairement, à la facturation papier de l'intervention pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière, les données de facturation sur CD-rom, conformément aux règles prescrites par le Comité de l'assurance soins de santé dans l'annexe aux « *Instructions aux établissements hospitaliers, aux laboratoires de biologie clinique agréés, aux praticiens de l'art infirmier et à tous les autres établissements et dispensateurs qui recourent au système de délivrance de fichiers de facturation et aux organismes assureurs* » (<http://www.inami.fgov.be/care/fr/infos/bill/index.htm>).

Pendant une période d'essai, les organismes assureurs recevront et testeront des CD-roms. La procédure qui sera suivie est la suivante :

1° les institutions qui le souhaitent s'inscrivent auprès d'un des fournisseurs de logiciels qui se sont déclarés à l'INAMI ;

2° chaque fournisseur de logiciels envoie au Collège National Intermutualiste (CNI) une liste des numéros INAMI de toutes les institutions clientes, en faisant figurer la mention « *test* » en regard des numéros INAMI désignant les institutions choisies pour faire l'objet d'un test de facturation (10% du nombre de clients, avec un maximum de 10), ainsi que le trimestre de facturation concerné. Les institutions non clientes d'un fournisseur de logiciels s'adressent directement à la Cellule de coordination du CNI (Chaussée Saint-Pierre, 373, 1040 Bruxelles) ;

3° au terme des tests prévus pour les fournisseurs de logiciels, chaque organisme assureur (O.A.) transmet le résultat des tests au CNI en y indiquant : le nom du fournisseur, le nombre de fichiers de facturation testés, les résultats (... OK / ... NOK), et l'avis final de l'O.A. (favorable si le nombre d'erreurs est inférieur à 5%). Sur base de ces résultats communiqués par les O.A., le CNI donne l'accréditation aux fournisseurs de logiciels pour lesquels quatre organismes assureurs sur sept (dont les O.A. 100, 300 et 500) ont donné un avis favorable. La même procédure est d'application pour les institutions non clientes d'un fournisseur de logiciels ;

4° le CNI informe les fournisseurs de logiciels et les institutions non clientes de leur accréditation, en mentionnant le trimestre à partir duquel toutes les facturations électroniques peuvent désormais être transmises aux O.A. Cette accréditation est accompagnée d'un numéro d'agrément propre à chaque fournisseur ou institution (à reprendre dans la zone XX du rec 10 de la facturation) ;

5° le CNI communique ces accréditations au Service des soins de santé de l'INAMI, qui en informe les O.A. par circulaire et publie les accréditations des fournisseurs de logiciels sur son site Internet ;

6° les institutions accréditées et les institutions qui utilisent un logiciel accrédité par le CNI recevront du Service des soins de santé de l'INAMI une prime informatique unique de 800 euros après s'être engagées à fournir leurs données de facturation sur CD-rom de pair avec la facturation papier, au plus tôt à partir du trimestre indiqué par le CNI. La liste de ces institutions est transmise aux O.A. par circulaire.

Les supports magnétiques ou électroniques doivent être transmis aux organismes assureurs, avec les notes de frais, dans le délai visé au § 5.

A partir du 1^{er} avril 2011, les CD-roms peuvent être remplacés par une facturation électronique via MyCareNet.

§ 5. Pour autant que les notes de frais trimestrielles soient introduites au plus tard le 20 du premier mois du trimestre civil suivant celui auquel elles se rapportent, l'organisme assureur verse à l'institution, moyennant introduction par cette dernière, à la même date, d'une note provisoire servant de note d'échéance, une somme égale à la moitié du montant des notes trimestrielles susvisées. L'organisme assureur en effectue le paiement au plus tard le 15 du deuxième mois du trimestre civil considéré. La somme ainsi versée est déduite du montant porté en compte sur les notes de frais immédiatement postérieures.

Cependant, pour le premier trimestre considéré à partir de l'adhésion de l'institution à la présente convention, si cette institution introduit au plus tard le 15 du deuxième mois de ce trimestre une note provisoire servant de note d'échéance, l'organisme assureur verse à l'institution, au plus tard le 1^{er} du troisième mois, une somme égale à la moitié du montant de cette note provisoire.

En ce qui concerne la régularisation financière de l'intervention qu'une nouvelle institution reçoit lors du trimestre de l'agrément et pour les deux trimestres suivants, pour autant que cette institution introduise la note de frais trimestrielle relative à cette régularisation financière au plus tard le dernier jour du premier mois du trimestre qui suit celui au cours duquel le montant de cette régularisation lui a été communiqué, l'organisme assureur en effectue le paiement au plus tard à la fin du trimestre au cours duquel la note de frais trimestrielle a été introduite par l'institution.

En cas de non-paiement des notes de frais avant la fin du deuxième mois qui suit le mois de leur introduction, un intérêt moratoire est dû à partir du premier jour qui suit ce délai, sans mise en demeure ; le taux de cet intérêt correspond au taux d'intérêt de la facilité de dépôt de la Banque centrale européenne, majoré de 1,75 %, fixé à la date d'expiration du délai de paiement. Ces intérêts de retard ne sont cependant pas dus si le retard est imputable au transfert tardif des avances mensuelles visées à l'article 202 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 précitée.

L'institution est tenue d'introduire ses notes de frais avant la fin du deuxième mois du trimestre civil qui suit celui auquel elles se rapportent pour que l'intérêt moratoire soit dû en cas de paiement tardif par les organismes assureurs.

§ 6. En cas de manquements répétés dans l'établissement et l'envoi des notes de frais ou des notifications d'entrée et de fin de séjour, l'organisme assureur en avise l'institution par lettre recommandée. Si l'institution n'a pas pris de mesure endéans les 30 jours pour remédier aux manquements constatés, l'organisme assureur en informe la Commission de convention, laquelle délibère sur les mesures à prendre.

Article 6.

L'institution s'engage à :

- a) fournir aux organismes assureurs les documents qui leur sont nécessaires au remboursement des frais facturés et au contrôle des dispositions légales, réglementaires ou conventionnelles en la matière ;
- b) permettre au Collège national des médecins-conseils, aux collèges locaux, aux médecins-conseils des organismes assureurs et aux médecins-inspecteurs du Service d'évaluation et de contrôle médicaux d'effectuer les visites qu'ils jugent utiles pour l'accomplissement de leur mission ;
- c) fournir à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité les données statistiques déterminées par la Commission ;
- d) permettre aux membres de la Commission désignés par elle et aux fonctionnaires du Service des soins de santé, d'effectuer les visites et leur fournir les renseignements nécessaires afin qu'ils puissent contrôler les données qui, en exécution des arrêtés ministériels fixant l'intervention visée à l'article 37, § 12, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 précitée, pour les prestations visées à l'article 34, 11° et 12°, de la même loi, doivent être transmises à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité par l'institution.

En aucun cas, la fourniture de ces renseignements ne peut comporter le déplacement de pièces nécessaires à l'exercice de cette mission de contrôle.

- e) dans les trois jours ouvrables, informer le bandagiste qui loue une voiturette à un résidant du décès de ce dernier, et informer le kinésithérapeute qui mentionne ses prestations dans le dossier de soins du patient tenu dans l'établissement, du transfert d'un résidant d'un lit MRPA vers un lit MRS. Si un différend concernant le respect de cet engagement est soumis à la Commission, la charge de la preuve incombe à l'institution ;
- f) communiquer et tenir à jour, sur le questionnaire électronique de l'INAMI, le nom et le numéro INSS du directeur qui est la personne chargée de la gestion journalière de l'institution. Son nom sera repris dans les sources authentiques en tant que personne habilitée à avoir accès à l'application « questionnaire électronique de l'INAMI » et aux applications via e-Health. Via e-Health, il sera habilité à déléguer éventuellement certaines missions ;

Article 7.

L'institution s'engage à ne réclamer, ni au bénéficiaire, ni à l'organisme assureur pour les prestations couvertes par l'intervention pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière, aucun autre montant que celui visé à l'article 2 ou à l'article 3 de la présente convention. Il ne peut davantage être compris dans le prix de la journée d'hébergement de l'institution.

Dans le prix de la journée d'hébergement sont compris au minimum et ne peuvent dès lors pas faire l'objet d'une facturation distincte :

- 1° les frais de logement et/ou d'hôtellerie ;
- 2° les alèses et l'entretien de la literie ;

L'éventuelle mise à la disposition, à l'intention des personnes qui ont des difficultés à se déplacer de manière autonome, de chaises roulantes (voiturettes manuelles standard), de béquilles ou de tribunes (cadres de marche adultes avec 4 appuis fixes ou avec 2 appuis fixes et 2 roues sans siège), ne peut pas être portée en compte séparément au bénéficiaire.

Dans les maisons de repos pour personnes âgées et les maisons de repos et de soins où le coût du matériel d'incontinence est désormais compris solidairement dans le prix de la journée d'hébergement, une ristourne de 0,30 euro pour chaque journée d'hébergement, comme visé à l'article 2, § 2, est introduite par l'institution dans la facture de chaque bénéficiaire à partir du 1^{er} janvier 2011. Cette intervention est mise à charge de l'organisme assureur du bénéficiaire sur la note de frais sous le pseudocode 763593. Sur la facture destinée au bénéficiaire, ce montant est expressément porté en déduction de l'intervention personnelle du bénéficiaire dans le prix d'hébergement.

Ce montant est lié à l'indice pivot 112,72 dans la base 2004 = 100 et est adapté conformément aux dispositions de la loi du 1^{er} mars 1977 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation du Royaume dans le secteur public.

Lors de l'admission dans l'institution, ainsi que lors de chaque modification de prix, le bénéficiaire ou sa famille doivent être informés de façon précise du prix de la journée d'hébergement et de tous les suppléments éventuels, dont le détail figure dans la note de frais individuelle visée à l'article 5, § 2.

Toute adaptation du prix de journée d'hébergement dans l'institution doit être déclarée préalablement au Service public fédéral Economie, PME et Classes moyennes, conformément à la réglementation en matière de prix.

Article 8.

La Commission intervient pour prévenir tout litige pouvant naître de l'application de la présente convention.

En cas d'infraction aux dispositions de la présente convention, l'institution 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 euros par infraction.

La Commission décide de l'application des clauses pénales.

Article 9.

L'institution est tenue de reproduire sur tous les documents destinés aux bénéficiaires et aux organismes assureurs le numéro d'immatriculation ou numéro d'enregistrement qui lui a été attribué par le Service des soins de santé de l'INAMI à la suite de son agrément ou de son enregistrement.

Article 10.

L'objectif budgétaire pour les interventions couvrant le paquet de soins visés à l'article 34, 12°, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 précitée, 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 le 14 juillet 1994 précitée, les mécanismes de correction susceptibles d'entrer en action aussitôt qu'il est constaté que l'objectif annuel partiel est dépassé ou risque d'être dépassé sont les suivants :

- 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 du montant de l'intervention visée à l'article 2 ou 3 est appliquée. La somme des pourcentages de réduction appliqués au cours d'une même année civile ne peut dépasser 5 % du montant susmentionné.

En cas de non application, constatée par le Conseil général dans le mois qui suit la date prévue d'entrée en vigueur des économies structurelles visées à l'article 40, § 1^{er}, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 précitée ou de celles visées à l'article 18 de la même loi, une réduction automatique et immédiatement applicable du montant de l'intervention visée à l'article 2 ou 3 sera appliquée d'office, via une circulaire aux institutions et aux organismes assureurs, le premier jour du deuxième mois qui suit la date d'entrée en vigueur des économies visées.

La diminution éventuelle de l'intervention de l'assurance devra en tout cas s'accompagner de l'adaptation des normes de personnel requises auxquelles il convient de satisfaire pour pouvoir prétendre aux différentes interventions de l'assurance.

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 individuel qui y adhère, pour dénoncer cette convention.

Article 11.

La présente convention entre en vigueur le 1^{er} janvier 2012.

Elle est valable jusqu'au 31 décembre 2013 et n'est pas reconduite tacitement.

Article 12.

Par dérogation aux dispositions de l'article 11, cette convention peut être dénoncée avant le 1^{er} novembre 2012 par lettre recommandée adressée au Service des Soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité ; cette dénonciation doit être faite par au moins trois quarts 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 2013.

Article 13.

Par dérogation aux dispositions de l'article 11, l'adhésion à la présente convention par une institution nouvellement agréée ou par une institution ayant fait l'objet d'une reprise ou d'une fusion, produit ses effets à partir du premier jour du mois suivant celui de la notification au Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité de l'adhésion, par ladite institution, à la présente convention, sauf si cette adhésion a lieu dans les 30 jours suivant la réception, par l'institution, de la présente convention. Dans ce cas, l'adhésion produit ses effets à partir de la date de l'agrément, de la reprise ou de la fusion.

Fait à Bruxelles, le 2 décembre 2011.

Pour les organismes assureurs :

P. DELBAR
F. GERARDY
F. MAROY
A. PELTIER
D. THIRIFAY
G. WOUTERS

Pour les organisations représentatives
des maisons de repos et de soins, des
maisons de repos pour personnes âgées
et des centres de soins de jour :

E. BEYL
C. CASTERMANS
V. FREDERICQ
J. LOISEAU
J.M. ROMBEAUX
C. VAN DEN BROECK
T. WINDEY