



Service des soins de santé

**CONVENTION AVEC L'HOPITAL «Dénomination_Benaming» RELATIVE
AU FINANCEMENT DE LA DIALYSE (texte coordonné 17/02/2025)**

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 22, 6°;

Vu la convention concernant le financement de la dialyse telle qu'approuvée par le Comité de l'assurance des soins de santé le 20 décembre 2023 ;

Sur proposition de la Commission de conventions entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs et de la Commission nationale médico-mutualiste,

Il est convenu ce qui suit entre :

d'une part,
le Comité de l'assurance des soins de santé institué auprès du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité représenté par le fonctionnaire dirigeant du Service des Soins de santé de l'INAMI, M. Mickael DAUBIE,

et d'autre part,

- le «Dénomination_Benaming», «Adresse_Adres», «CP_PC» «Localité_Localiteit», numéro d'agrément «N_agrément_Erk_Nr», dénommé dans le texte ci-dessous "l'hôpital",
représenté par «Directeur», (nom et prénom), directeur
- (nom et prénom), médecin-spécialiste en médecine interne porteur d'un titre professionnel particulier en néphrologie et responsable du centre de traitement de l'insuffisance rénale chronique.

Objet de la convention

Article 1^{er}

§ 1^{er}. La présente convention règle les modalités d'intervention par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les coûts du traitement par dialyse de patients qui souffrent d'insuffisance rénale chronique.

La convention détermine pour les différentes formes de dialyse, l'intervention de l'assurance qui est octroyée à l'hôpital et aux médecins.

Par médecin, la présente convention désigne le médecin spécialiste en médecine interne porteur d'un titre professionnel particulier en néphrologie.

§ 2. La présente convention décrit la manière dont le nombre de dialyses et le nombre de patients seront évalués par forme de dialyse.

Formes de dialyse possibles

Article 2

§ 1. Les formes de dialyse qui font l'objet de la présente convention sont les suivantes :

- a) l'hémodialyse chronique¹ qui est effectuée en milieu hospitalier ;
- b) l'hémodialyse chronique à domicile et hémodialyse self-care ;
- c) l'hémodialyse chronique dans un service collectif d'autodialyse ;
- d) la dialyse péritonéale chronique à domicile ;
- e) la dialyse pédiatrique.

§ 2. Les situations où un patient réside dans un domicile de substitution tel qu'une maison de repos, une maison de soin psychiatrique, une institution pour handicapés, sont assimilées à la situation à domicile.

Modalités d'intervention pour la dialyse

Article 3

Pour la dialyse chronique, l'intervention de l'assurance soins de santé est due aux conditions suivantes :

- a) il s'agit de **l'hémodialyse** chronique effectuée **en milieu hospitalier** dans un centre agréé pour le traitement de l'insuffisance rénale chronique conformément à l'arrêté royal du 27 novembre 1996 fixant les normes auxquelles les centres de traitement de l'insuffisance rénale chronique doivent répondre pour être agréés comme service médicotechnique lourd au sens de l'article 58 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 10 juillet 2008 ;
 - i) où le médecin est présent à l'hôpital pour les actes thérapeutiques pendant la durée totale de la dialyse ;
 - ii) où le médecin est appelable pour les dialyses qui ont lieu entre 17h et 6h le lendemain (dialyse du soir et de nuit).

1 Pour l'application de cette convention, les dialyses au moyen d'hémofiltration/ultrafiltration sont assimilées à l'hémodialyse.

- b) il s'agit de **l'hémodialyse chronique à domicile** qui est organisée à partir d'un centre de traitement de l'insuffisance rénale chronique agréé en vertu de l'arrêté royal du 27 novembre 1996 ;
- c) il s'agit de **l'hémodialyse self-care chronique dans le centre pour hémodialyse chronique ou dans un service collectif d'autodialyse**, où le patient exécute une hémodialyse de manière autonome (sans aucune forme de surveillance ou de soutien) en faisant usage des équipements d'hémodialyse du centre/service autodialyse.
- d) il s'agit de **l'hémodialyse chronique** effectuée dans **un service d'autodialyse collective** qui est rattaché à un centre agréé de traitement de l'insuffisance rénale chronique agréé en vertu de l'arrêté royal du 27 novembre 1996 ;
- e) il s'agit de la **dialyse péritonéale chronique à domicile** organisée à partir d'un centre de traitement de l'insuffisance rénale chronique agréé en vertu de l'arrêté royal du 27 novembre 1996 ;
- f)
 - i) il s'agit de **l'hémodialyse pédiatrique** effectuée par un pédiatre avec une grande expérience en néphrologie infantile **en milieu hospitalier** dans un centre pour le traitement de l'insuffisance rénale chronique agréé conformément à l'arrêté royal du 27 novembre 1996 et qui a conclu une convention de rééducation comme centre de référence pour la néphrologie pédiatrique avec le Comité de l'assurance de l'INAMI (numéro 7897) ;
 - ii) il s'agit de **dialyse péritonéale pédiatrique** qui est organisée à partir d'un centre pour le traitement de l'insuffisance rénale chronique agréé conformément à l'arrêté royal du 27 novembre 1996, et qui a conclu une convention de rééducation comme centre de référence pour la néphrologie pédiatrique avec le Comité de l'assurance de l'INAMI (numéro 7897) ;
- g) quand le diagnostic d'insuffisance rénale chronique a été posé, le patient doit immédiatement être incité à s'inscrire dans le trajet de soins pour insuffisance rénale tel que déterminé dans l'arrêté royal portant exécution de l'article 36 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, concernant les trajets de soins ;
- h) le médecin doit informer le patient sur les formes de dialyse possibles dans sa situation spécifique et en concertation avec le patient décider du choix le plus approprié en tenant compte tant des indications que des contre-indications médicales et socio-économiques. Si le médecin juge qu'une dialyse à domicile est possible, il stimulera au maximum le patient pour choisir cette forme de dialyse. Le médecin informe également sur la possibilité de traitement conservateur/palliatif et de transplantation.
- i) les patients qui entrent en ligne de compte pour une transplantation sont inscrits sur la liste de transplantation auprès de l'organisme agréé d'allocation d'organes d'origine humaine (AR du 27 janvier 2012).
- j) la solution de verrouillage du cathéter à base de taurolidine, de citrate et urokinase sera remboursé uniquement dans le cadre de cette convention et ce, pour les patients tels que définis ci-dessus aux points a), b), c), d) et f) i), et qui répondent à l'indication suivante :

Patient dialysé avec un cathéter dysfonctionnel. Un cathéter est considéré comme dysfonctionnel si le débit sanguin est de 250 ml/min ou moins et qu'une pression artérielle veineuse (avant la pompe) $\leq - 250$ mmHg et/ou une pression artérielle (après la pompe) $\geq + 250$ mmHg

est observée. . Ces résultats doivent être présents pendant au moins 2 séances d'hémodialyse consécutives.

Bénéficiaires de la convention

Article 4

Les bénéficiaires de la présente convention sont les patients qui souffrent d'une forme chronique d'insuffisance rénale à un stade si avancé qu'un des traitements de substitution de la fonction rénale visés à l'article 2 est devenu nécessaire.

Prestations et intervention de l'assurance correspondante

Article 5 – Honoraires médicaux

§ 1^{er}. Pour les prestations suivantes, des **honoraires "chroniques - high care"** d'un montant de 156,53 euros par séance peuvent être attestés :

L'hémodialyse dans un centre pour hémodialyse chronique à l'hôpital à la condition visée à l'article 3, a.) i) où le médecin est présent dans l'hôpital.

§ 2. Pour les prestations suivantes, des honoraires **"chroniques - low care"** peuvent être attestés :

- a) pour hémodialyse dans un service pour l'hémodialyse chronique dans un hôpital à la condition visée à l'article 3, a) ii) (dialyse du soir et de la nuit) où le médecin est appelable dans l'hôpital, des honoraires de 125,65 euros par séance ;
- b) pour hémodialyse dans un centre collectif d'autodialyse ou au domicile du patient (également hémodialyse self-care), aux conditions visées à l'article 3, b) , c), des honoraires de 133,95 euros par séance.

§ 3. Pour les prestations suivantes, des **honoraires "chroniques - low care - dialyse péritonéale à domicile"** d'un montant de 57,40 euros par journée peuvent être attestés :

la dialyse, effectuée en raison d'insuffisance rénale chronique, selon la technique de la dialyse péritonéale au domicile du patient, aux conditions visées à l'article 3, e).

§ 4. Prestations de **dialyse pédiatrique**

- a) Pour la prestation suivante, des **" honoraires 'hémodialyse pédiatrique'"** d'un montant de 388,48 euros par séance peuvent être attestés :

dialyse pour traiter l'insuffisance rénale chronique, selon la technique de l'hémodialyse chez un jeune de moins de 19 ans, aux conditions visées à l'article 3, f), i) ;

- b) Pour la prestation suivante des **honoraires de "dialyse péritonéale pédiatrique"**, à domicile chez un jeune de moins de 19 ans, d'un montant de 57,40 euros par jour peuvent être attestés :

dialyse pour traiter l'insuffisance rénale chronique exécutée selon la technique de dialyse péritonéale sur un patient à domicile, aux conditions visées à l'article 3, 1) f) ii).

§5. Prestations **d'information et de formation**

- a) Un honoraire de 433,52 EUR sera prévu pour chaque nouveau patient commençant la dialyse à partir de 2024 afin d'informer le patient sur les différents types de dialyse et de le former au type de dialyse de son choix. Cet honoraire peut être facturé 1X par nouveau patient dialysé.

- b) Un honoraire forfaitaire est prévu pour tous les patients en dialyse à domicile (péritonéale et hémodialyse) afin de les informer, de les former et de les motiver à poursuivre la dialyse à domicile. La première année de la dialyse à domicile, un honoraire de 740,60 EUR est prévu dès le démarrage de la dialyse à domicile. 4 mois après, pour autant que le patient est toujours en dialyse à domicile, ce montant peut à nouveau être facturé. La seconde année de dialyse à domicile un honoraire de 1.481,21 EUR peut être facturé.

§ 6. Les honoraires médicaux prévus aux §1, §2a) et §4a) ne sont pas cumulables le même jour avec les honoraires de surveillance prévus à l'article 25 de la nomenclature des prestations médicales, sauf dans le cas d'un patient séjournant dans un hôpital où l'hémodialyse chronique n'est pas possible.

Article 6 – Interventions forfaitaires

§ 1^{er}. Pour les prestations suivantes, l'hôpital peut attester une intervention forfaitaire :

- a) hémodialyse chronique ambulatoire en hôpital,
 - i) aux conditions visées à l'article 3, a), i) : 297,08 euros par séance ;
 - ii) aux conditions visées à l'article 3, a), ii) : 297,08 euros par séance ;
 - iii) aux conditions visées à l'article 3, f), i) : 510,33 euros par séance ;
- b) hémodialyse chronique en hôpital pour un patient hospitalisé dans un autre hôpital,
 - i) aux conditions visées à l'article 3, a) : 297,08 euros par séance ;
 - ii) aux conditions visées à l'article 3, f), i) : 510,33 euros par séance ;
- c) hémodialyse chronique en hôpital pour un patient hospitalisé dans le même hôpital,
 - i) aux conditions visées à l'article 3, a) : 149,05 euros par séance ;
 - ii) aux conditions visées à l'article 3, f), i) : 255,69 euros par séance ;
- d) hémodialyse à domicile et hémodialyse self-care, aux conditions visées à l'article 3, c) : 220,80 euros par séance ;
- e) autodialyse ambulatoire aux conditions visées à l'article 3, d) : 249,31 euros par séance ;
- f) autodialyse en milieu hospitalier pour un patient hospitalisé dans le même hôpital aux conditions visées à l'article 3, d) : 149,05 euros par séance ;
- g) autodialyse en milieu hospitalier pour un patient hospitalisé dans un autre hôpital aux conditions visées à l'article 3, d) : 249,31 euros par séance ;
- h) dialyse péritonéale à domicile aux conditions visées à l'article 3, e) : 122,78 euros par journée. Cette intervention est également dûe pour chaque jour où une dialyse péritonéale est effectuée sur le patient lors d'une période d'hospitalisation. ;
- i) dialyse péritonéale à domicile aux conditions visées à l'article 3, f) ii) : 122,78 euros par journée. Cette intervention est également dûe pour chaque jour où une dialyse péritonéale est effectuée sur le patient lors d'une période d'hospitalisation.

§ 2. Si après application de la formule figurant à l'article 13, on constate que l'hôpital a traité de façon alternative moins de 40% de bénéficiaires, les honoraires ambulatoires (pseudocode 470293) et le

forfait (pseudocode 767594) de l'hémodialyse chronique en journée sont diminués du pourcentage calculé de la manière suivante :

- a) somme du montant total de tous les forfaits et honoraires issus des données du rapport annuel visé à l'article 12= situation réelle ;
- b) somme du montant total de tous les forfaits et honoraires en tenant compte d'un glissement d'un certain nombre de forfaits et honoraires d'hémodialyse vers des forfaits et honoraires d'autodialyse collective, jusqu'à ce que le seuil de 40 % soit atteint : situation à 40 % ;
- c) calcul de la différence entre la situation à 40 % et la situation réelle ;
- d) calcul du pourcentage du malus : rapport entre le résultat déterminé au point c) et le montant total des forfaits (767594) en honoraires (470293) pour hémodialyse dans l'hôpital tels qu'ils ressortent du rapport annuel ;
- e) multiplication par deux du pourcentage calculé selon le point d).

Les honoraires et forfaits diminués sont d'application à partir du 1er juillet de l'année civile suivant celle sur laquelle porte le rapport annuel jusqu'au 30 juin inclus de l'année civile suivante.

Le pourcentage de réduction des forfaits et honoraires qui, en application de la convention sur le financement de la dialyse tel qu'approuvé par le Comité de l'assurance Soins de Santé le 15 janvier 2018, a été calculé pour la période du 1/7/2021 au 30/6/2022 restera en vigueur et de plein effet.

Si plusieurs hôpitaux conventionnés collaborent structurellement, le pourcentage susvisé est fixé pour tous les bénéficiaires de l'ensemble de ces hôpitaux. Cette collaboration doit résulter d'une convention conclue entre ces hôpitaux où il est au minimum convenu du renvoi d'un patient en fonction du traitement le plus approprié, des soins aux patients et de la qualité des soins, de l'harmonisation de ces soins dans le cadre d'une concertation périodique et du règlement financier entre les hôpitaux concernés. Une copie de cette convention doit être transmise pour approbation au Comité de l'assurance pour le 31 août 2018. Le Comité de l'assurance peut à ce propos demander l'avis de la plateforme fédérale et inviter les hôpitaux à y exposer leur convention de collaboration. Si le Comité l'assurance ne réagit pas dans les deux mois après envoi, la convention de collaboration sera considérée comme étant approuvée. Si cette convention de collaboration n'est pas approuvée, le Comité de l'assurance peut décider de calculer le pourcentage de formes alternatives séparément pour chaque hôpital.

Les hôpitaux qui ont déjà conclu une convention de coopération en application de la convention sur le financement de la dialyse telle qu'approuvée par le Comité de l'assurance soins de santé le 15 janvier 2018, n'ont pas à conclure une nouvelle convention. Sauf avis contraire de ces hôpitaux au Service des soins de santé, il est présumé que ces accords de coopération seront poursuivis.

§ 3. Si le contrôle par l'INAMI des données mises à disposition par l'hôpital dans son rapport annuel démontre que ce dernier a transmis de manière délibérée et intentionnelle des données erronées de telle façon que le pourcentage de 40% prestations alternatives a été dépassé, tous les honoraires (article 5) et forfaits (article 6) sont diminués à concurrence de 20 %. Dans ce cas, les forfaits et honoraires à prendre en compte sont déterminés sur base des données validées, issues du contrôle de l'INAMI. Les forfaits diminués prennent effet rétroactivement à compter du 1er juillet de l'année suivant l'année de référence pour laquelle les données ont été adaptées jusqu'au 30 juin inclus de l'année civile suivante. S'il s'agit d'une simple erreur, les dispositions du § 2 sont appliquées.

§ 4. Les sanctions visées aux §§ 2 et 3 ne seront pas appliquées si, au plus tard au cours du mois de juin de l'année suivant l'année de référence, la plateforme fédérale sur l'insuffisance rénale chronique établit sur la base des rapports annuels que les circonstances liées au COVID au cours de l'année de référence ont fait qu'une majorité d'hôpitaux ont traité moins de 40% des bénéficiaires par une forme alternative de traitement.

Article 7

L'annexe 1 à la présente convention récapitule toutes les situations avec les honoraires médicaux, les interventions forfaitaires et les pseudocodes correspondants.

Contenu des interventions des articles 5 et 6

Article 8

§ 1^{er} En attendant une analyse de la structure des coûts des prestations de substitution à la fonction rénale, et abstraction faite des règles de subsidiarité des infrastructures hospitalières, les interventions prévues aux articles 5 (honoraires) et 6 (forfaits), couvrent les coûts suivants :

a) pour les situations d'hémodialyse à l'hôpital ou dans un centre collectif d'autodialyse :

- 1) les charges concernant le bâtiment, locaux et leur équipement permanent ;
- 2) les frais pour l'utilisation et l'entretien des bâtiments (mobiliers, électricité, chauffage, eau, nettoyage, ...) ;
- 3) les frais pour le personnel médical et paramédical ;
- 4) l'équipement et les accessoires médicaux, y compris le matériel médical de réserve ;
- 5) les produits de consommation nécessaires pour la dialyse (inclusif les filtres), les liquides de rinçage, les médicaments et les accessoires ainsi que les produits nécessaires pour la connexion et la déconnexion de l'appareil, et les « solutions verrous » préventives sans antibiotiques ;
- 6) les frais informatiques et administratifs ;
- 7) les frais de traitement des déchets ;
- 8) le repas éventuel du patient et le linge de lit.

b) pour les situations de l'hémodialyse à domicile et de dialyse péritonéale :

- 1) l'amortissement des frais d'équipement concernant la réalisation des travaux d'adaptation de la maison indispensables et les conduites d'eau et d'électricité, le téléphone, l'installation, l'entretien, la réparation ou l'adaptation à l'évolution de la technique de l'unité de dialyse. Le coût des travaux d'infrastructure pour raccorder l'habitation de manière sûre au réseau d'électricité et pour aménager l'habitation conformément à la législation n'est pas à charge de l'hôpital. En revanche, les branchements pour l'eau et l'électricité qui sont nécessaires dans la maison par la suite pour la dialyse à domicile sont à charge de l'hôpital ;
- 2) en cas d'assistance par un praticien de l'art infirmier, l'indemnité de déplacement de l'infirmier à domicile et de l'infirmier apportant une assistance à domicile. Cette indemnité est de 37,25 euros par jour d'assistance assurée dans le cadre d'une dialyse péritonéale et de 68,30 euros par hémodialyse à domicile avec assistance. Pour la rémunération de l'infirmière à domicile les hôpitaux sont tenus de verser ces montants sans effectuer de prélèvement.
- 3) en cas de dialyse péritonéale à domicile avec échange continu de dialysat via un système de pompe, le coût du dialysat et de l'utilisation de la pompe ;
- 4) l'intervention dans les coûts supportés par le patient, engendrés par la dialyse à domicile, à savoir l'augmentation de consommation d'eau, d'électricité et d'utilisation du téléphone à concurrence d'un montant forfaitaire de 8,21 euros par hémodialyse ou de 0,74 euros par jour de dialyse péritonéale, qui doit être payée au patient.

Vu le caractère forfaitaire de l'intervention octroyée, aucun coût relatif à l'hémodialyse ne peut être porté en compte au patient, sauf s'il résulte de l'endommagement de l'équipement à la suite d'une négligence de sa part.

§ 2. En vue de l'énoncé d'une mission de soins et d'une analyse de la structure des coûts des prestations de substitution de la fonction rénale, l'hôpital et le médecin responsable du centre s'engagent à fournir à l'Inami entre autres toutes les données qui peuvent contribuer à cet énoncé d'une mission de soins (information épidémiologique, économique et qualitative) et à la détermination des moyens nécessaires (entre autres le coût du temps médical et infirmier, biens de consommation, matériel, frais généraux, frais à charge du patient,...). A cet effet, les données sur la pré-dialyse et sur la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique chez les patients palliatifs seront également enregistrées et évaluées.

Modalités de facturation

Article 9.

Les interventions de l'assurance mentionnées aux articles 5 et 6 sont directement facturées par l'hôpital à l'organisme assureur du patient conformément à la facture mensuelle adressée aux organismes assureurs comme stipulé dans le règlement soins de santé du 28 juillet 2003 et le règlement du 29 décembre 1986 pris en exécution de l'arrêté royal du 10 octobre 1986 portant exécution de l'article 34 quater, alinéa 4, de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité. Pour ce faire, l'hôpital utilise les pseudocodes mentionnés dans les tableaux en annexe.

Les montants des honoraires et des forfaits qui sont facturés à l'organisme assureur sont notifiés au patient via les annexes 37 et 38 (facture du patient ou note d'honoraires si le conseil médical facture séparément) du règlement du 28 juillet 2003.

Via l'annexe 37 de ce même règlement, une intervention est octroyée au patient pour l'augmentation de la consommation d'eau, d'électricité et de téléphone comme stipulé à l'article 8.

Dans le cas d'une dialyse effectuée la nuit et se terminant seulement le lendemain, la prestation doit être attestée le jour du début de la dialyse.

Obligations comptables

Article 10

Le centre de traitement de l'insuffisance rénale chronique tient à jour une comptabilité séparée pour toutes les recettes et dépenses relatives respectivement au service collectif d'autodialyse et à la dialyse à domicile ; cette comptabilité doit permettre de distinguer les rubriques de frais prévues à l'article 8 ; elle doit également permettre de scinder les recettes en recettes provenant des interventions mentionnées aux articles 5 et 6 et autres recettes. Sous réserve des compétences du Service d'évaluation et de contrôles médicaux, ces données doivent être mises à la disposition du Comité de l'assurance sur demande.

Indexation

Article 11

Les montants des interventions visées aux articles 5 et 6 peuvent, au 1^{er} janvier de chaque année, être indexés de la valeur de l'indice santé visé à l'article 1^{er} de l'arrêté royal du 8 décembre 1997 fixant les

modalités d'application pour l'indexation des prestations dans le régime de l'assurance obligatoire soins de santé, à condition que le Conseil général ait prévu la marge financière pour l'indexation.

La Commission nationales médecins - organismes assureurs décide de l'application de l'index aux honoraires prévus à l'article 5.

La Commission hôpitaux - organismes assureurs décide de l'application de l'index aux interventions forfaitaires prévues à l'article 6.

Enregistrement des données et évaluation

Article 12

En attente d'un enregistrement de données automatique alternatif, l'hôpital remettra chaque année, un rapport annuel au Service des Soins de Santé de l'INAMI. Ce rapport annuel a pour objectif d'évaluer les dispositions figurant dans la présente convention et leur incidence. Plus spécifiquement, il s'agit de suivre l'évolution du nombre de traitements alternatifs de substitution à la fonction rénale et de transplantations par rapport au nombre total de traitements de substitution à la fonction rénale.

Le rapport annuel doit contenir les données suivantes :

- nombre d'honoraires et de forfaits pour hémodialyse chronique en hôpital (article 5, §1, article 5, §2 a) et article 5, §4, a) pour les honoraires et article 6 a), b) et c) pour les forfaits) ;
- nombre d'honoraires et de forfaits d'autodialyse (article 5, §2 b) pour les honoraires et article 6 e), f) et g) pour les forfaits) ;
- nombre d'honoraires et de forfaits d'hémodialyse à domicile (article 5, §2, b) pour les honoraires et article 6 d) pour les forfaits) ;
- nombre d'honoraires et de forfaits de dialyse péritonéale (article 5, §3 et article 5, §4 b) pour les honoraires et article 6 h) et i) pour les forfaits) ;
- nombre de bénéficiaires en traitement dans le centre de dialyse qui ont subi une transplantation pendant l'année civile et les deux années civiles précédant celle sur laquelle porte le questionnaire, avec une répartition par année. Attention : si dans l'hôpital, des bénéficiaires ont subi une transplantation alors qu'ils étaient traités dans un autre centre, ils ne peuvent pas être comptabilisés. On parle ici des bénéficiaires "propres" à l'hôpital.

Pour transmettre ces données, l'hôpital doit utiliser un modèle normalisé que l'INAMI mettra à la disposition des hôpitaux sous format électronique sur le site web de l'INAMI. Ce modèle électronique correspondra à l'annexe 2 jointe à la présente convention. Les données relatives à une année civile doivent être renvoyées chaque année avant le 15 avril de l'année civile suivante à l'adresse électronique suivante : hospit@riziv-inami.fgov.be.

Ce rapport annuel sera aussi mis à la disposition de la plate-forme fédérale relative à l'hémodialyse décrite à l'article 14.

% de traitements alternatifs de substitution à la fonction rénale et de transplantations

Article 13

Sur base du rapport annuel (annexe 2) qui mentionne les forfaits qui sont portés en compte pour les bénéficiaires par année civile, le pourcentage des traitements alternatifs de substitution à la fonction rénale équivaut à la proportion du nombre total d'autodialyses (article 6 e), f) en g)) + d'hémodialyses de nuit (article 6, a), ii)) + d'hémodialyses à domicile (article 6 d)) + de dialyses péritonéales (article 6, h et i)) + de transplantations des bénéficiaires "propres" à l'hôpital par rapport au nombre total de dialyses (les précédentes + article 6 a) i) et iii), b) en c)) + transplantations. Dans ce calcul on ne tient pas compte des hémodialyses aiguës.

La formule suivante est appliquée :

$$\frac{[(\text{nombre de forfaits d'autodialyse} + \text{nombre de forfaits d'hémodialyses de nuit} + \text{nombre de forfaits d'hémodialyse à domicile} + \text{nombre forfaits hémodialyse self-care})/156] + (\text{nombre de forfaits de dialyse péritonéale}/\text{nombre de journées dans l'année}) + \text{nombre de transplantations pendant l'année civile sur laquelle porte le rapport annuel}/2 + \text{nombre de transplantations au cours des deux années civiles précédentes}]}{[(\text{nombre de forfaits d'autodialyse} + \text{nombre de forfait d'hémodialyses de nuit} + \text{nombre de forfaits d'hémodialyse à domicile} + \text{nombre forfaits hémodialyse self-care})/156] + (\text{nombre de forfaits de dialyse péritonéale})/\text{nombre de journées dans l'année}) + \text{nombre de transplantations pendant l'année civile sur laquelle porte le rapport annuel}/2 + \text{nombre de transplantations des deux années civiles précédentes} + (\text{les forfaits pour hémodialyse chronique en hôpital}/156)]}$$

La plate-forme fédérale relative à l'insuffisance rénale

Article 14

Dans le cadre de la présente convention, la Commission de conventions entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs et la Commission nationale médico-mutualiste forment la plate-forme fédérale relative à l'hémodialyse.

La plate-forme est présidée par un fonctionnaire Dirigeant de l'INAMI ou par la personne qu'il a mandatée pour ce faire.

La plate-forme suit l'évolution du nombre de bénéficiaires et de la proportion entre les traitements alternatifs de substitution à la fonction rénale et le nombre total de traitements de substitution à la fonction rénale, en se basant sur le rapport annuel mentionné à l'article 11.

Sur la base de l'analyse du rapport annuel, de l'évolution scientifique en matière de traitements de substitution à la fonction rénale et dans le cadre de la mise en œuvre des décisions prises par le Conseil général, la plate-forme fédérale peut formuler des recommandations à l'attention des deux commissions qui peuvent présenter au Comité de l'assurance des propositions de modification de la convention.

Adaptation des honoraires et des forfaits

Article 15

La Commission nationale médico-mutualiste peut proposer au Comité d'Assurance des adaptations aux montants des honoraires, tels que prévus à l'article 5, après avis de la plate-forme fédérale relative à l'hémodialyse.

La Commission de conventions entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs peut proposer au Comité d'Assurance des adaptations aux montants des interventions forfaitaires, tels que prévus à l'article 6, après avis de la plate-forme fédérale relative à l'hémodialyse.

Entrée en vigueur de la convention

Article 16

La présente convention entre en vigueur le 1^{er} janvier 2024.

Sur la base des recommandations de la plate-forme fédérale visée à l'article 14, le Comité de l'assurance peut proposer des modifications sous la forme d'avenants. Le fait de ne pas signer l'avenant équivaut de plein droit à la dénonciation de la convention à partir du premier jour du troisième mois suivant l'envoi de l'avenant.

Cette convention est valable jusqu'au 31 décembre 2026 et n'est pas tacitement reconductible.

Modalités de dénonciation de la convention

Article 17

La présente convention peut à tout moment être dénoncée par une des deux parties, à condition qu'une lettre soit envoyée en recommandé à l'autre partie et à condition qu'un préavis de 3 mois soit donné, qui prend cours le premier jour du mois qui suit la date d'envoi de la lettre recommandée.

Bruxelles,

Pour le Comité de l'assurance soins de santé

Pour l'hôpital «Dénomination»

M. Mickael DAUBIE
Directeur général

«médecin_néphrologue» du médecin-spécialiste en
médecine interne porteur d'un titre professionnel
particulier en néphrologie et responsable du centre
de traitement de l'insuffisance rénale chronique :

Signature :

Signature :

«Directeur» du directeur de l'hôpital :

Annexe 1

A. Honoraires

Pseudocode	Libellé	Type	Article	Montant des honoraires en euros (01/03/25)
470293 - 470304	Hémodialyse en hôpital	High care chronique	Article 5, §1	156,53€
470330 - 470341	Autodialyse	Low care chronique	Article 5, §2, b)	133,95€
470352	Dialyse à domicile	Low care chronique	Article 5, §2, b)	133,95€
470934 - 470945	Hémodialyse self-care	Low care chronique	Article 5, §2, b)	133,95€
470315 - 470326	Dialyse durant la soirée/ de nuit en hôpital	Low care chronique	Article 5, §2, a)	125,64€
470875	Dialyse péritonéale	Low care chronique	Article 5, §3	57,40€
470890 - 470901	Enfants - hémodialyse	Enfants – chronique hém	Article 5, §4 a)	388,48€
470912	Enfants dialyse perito- néale	Enfants perito- néale chronique	Article 5, § 4 b)	57,40€
471111	Information et forma- tion : nouveaux patients dialyse		Article 5, § 5 a)	433,52€
471133	Information et forma- tion : patients en dialyse à domicile : 1 ^e année – démarrage		Article 5, § 5 b)	740,60€
471155	Information et forma- tion : patients en dialyse à domicile : 1 ^e année - après 4 mois		Article 5, § 5 b)	740,60€
471170	Information et forma- tion : patients en dialyse à domicile – à partir de la 2 ^e année		Article 5, § 5 b)	1.481,21€

B. Interventions forfaitaires

Pseudocode	Libellé	Type	Article	Montant du forfait en euros (01/03/25)
767594	Hémodialyse ambulatoire en hôpital	High care chronique	Article 6, a) i)	297,08€
767616	Hémodialyse ambulatoire en hôpital pendant la nuit/la soirée	High care chronique	Artikel 6, a) ii)	297,08€
767631	Hémodialyse ambulatoire en hôpital enfants	High care chronique	Artikel 6, a) iii)	510,33€
767686	Hémodialyse d'enfants hospitalisés ailleurs	High care chronique	Article 6, b) ii)	510,33€
767723	Hémodialyse d'enfants hospitalisés dans le même hôpital	High care chronique	Article 6, c) ii)	255,69€
767664	Hémodialyse patients hospitalisés ailleurs	High care chronique	Article 6, b) i)	297,08€
767701	Hémodialyse patients hospitalisés dans le même hôpital	High care chronique	Article 6, c) i)	149,05€
767734	Hémodialyse à domicile	Low care chronique	Article 6, d)	220,80€
767955 - 767966	Hémodialyse self-care	Low care chronique	Article 6, d)	220,80€
767756	Autodialyse	Low care chronique	Article 6, e)	249,31€
767782	Autodialsye patients hospitalisés dans le même hôpital	Low care chronique	Article 6, f)	149,31€
767804	Autodialyse patients hospitalisés ailleurs	Low care chronique	Article 6, g)	249,31€
767815 - 767826	Dialyse péritonéale à domicile	Low care chronique	Article 6, h)	122,78€
767830 - 767841	Dialyse péritonéale à domicile enfants	Low care chronique	Article 6, i)	122,78€

Annexe 2

Questionnaire Dialyse 2025

Questionnaire Dialyse : période de référence 1 janvier - 31 décembre 2025

Veillez remplir les zones bleues

Veillez ne pas effectuer de changements au lay-out du document.

Questionnaire à renvoyer par mail à l'adresse : hospit@riziv-inami.fgov.be

Identification hôpital :

Nom

Code postal

Commune

Numéro INAMI

Personne de contact (administration)

N° de tel.

adresse E-mail

Personne de contact

(Service néphrologie)

N° de tel.

adresse E-mail

Dialyse à domicile ou dans un centre d'autodialyse

Pseudo-code	Nombre de forfaits portés en compte pour l'hémodialyse données par trimestre - pour bénéficiaires AMI	Trim 1	Trim 2	Trim 3	Trim 4	Total 2025
767734	Hémodialyse à domicile					0
767955-767966	Hémodialyse selfcare					0
767756	Autodialyse - ambulant					0
767782	Autodialyse - hospitalisé dans le même hôpital					0
767804	Autodialyse - hospitalisé dans un autre hôpital					0
767815-767826	Dialyse péritonéale à domicile					0
767830-767841	Dialyse péritonéale à domicile enfants					0
Total 2025		0	0	0	0	0

Insuffisance rénale chronique - forfait hémodialyse

Pseudo-code	Nombre de journées forfaitaires portées en compte - données par trimestre - pour bénéficiaires AMI	Trim 1	Trim 2	Trim 3	Trim 4	Total 2025
767594	Hémodialyse chronique ambulatoire dans l'hôpital					-
767616	Hémodialyse chronique ambulatoire dans l'hôpital - pendant la nuit					-
767631	Hémodialyse chronique ambulatoire dans l'hôpital - enfants					-
767664	Hémodialyse chronique dans l'hôpital pour un patient hospitalisé dans autre hôpital					-
767701	Hémodialyse chronique pour un patient hospitalisé dans le même hôpital					-
767686	Hémodialyse chronique dans l'hôpital pour un enfant hospitalisé dans autre hôpital					-
767723	Hémodialyse chronique pour un enfant hospitalisé dans le même hôpital					-
Total 2025		0	0	0	0	0

Honoraire dialyse rénale

Code nomenclature	Nombre d'honoraires portés en compte - données par trimestre - pour bénéficiaires AMI	Trim 1	Trim 2	Trim 3	Trim 4	Total 2025
470293-470304	Hémodialyse dans l'hôpital avec la présence d'un médecin					-
470315-470326	Hémodialys de nuit dans l'hôpital					-
470330-470341	Autodialyse					-
470352	Dialyse à domicile					-
470934-470945	Hémodialyse selfcare					-
470875	Dialyse péritonéale					-
470890-470901	Hémodialyse enfants					-
470912	Dialyse péritonéale enfants					-
Total 2025		0	0	0	0	0

% de différence entre le nombre de forfaits hémodialyse et le nombre d'honoraires d'hémodialyse

Nombre de patients chroniques au 31 décembre 2025

Nombre de patients chroniques traités à domicile ou dans un centre collectif	AMI	non AMI	Total
Hémodialyse à domicile			0
Autodialyse			0
Dialyse péritonéale à domicile			0
Hémodialyse en hôpital pendant la journée			0
Hémodialyse en hôpital pendant la nuit			0

Transplantation (inclusif préemptifs)

Plus précisément : si des patients ont été transplantés dans votre hôpital et qu'ils sont traités dans un autre centre, ils ne peuvent être pris en considération : il s'agit ici de vos « propres » bénéficiaires

Combien de bénéficiaires traités dans votre centre de dialyse ont subi une transplantation en 2025 ?

Combien de bénéficiaires traités dans votre centre de dialyse ont subi une transplantation en 2024 ?

Combien de bénéficiaires traités dans votre centre de dialyse ont subi une transplantation en 2023 ?

Utilisation de solution verrou

Nombre de patients ayant bénéficié de ce dispositif en 2025